ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

D'UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

TOME QUINZIEME (2me SÉRIE.)

MARS 1837.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE, N° 14.

1837.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

15me LIVRAISON. — MARS 1837.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE, N° 14.

1837.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 3. — MARS 1837.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Tumeur iliaque survenue après une fièvre grave ; SELLES PURULENTES ; AFFAISSEMENT DE LA TUMEUR. — PHTHISIE TUBERCULEUSE. — MORT. — CICATRICES INTESTINALES MULTIPLIÉES. — ENDURCISSEMENT DU TISSU CELLULAIRE POST-COECAL ; ATROPHIE DU PSOAS CORRESPONDANT. Observation de M. le médecin principal FALLOT.

Le 29 janvier 1837, M. le lieutenant M... succomba à une phthisie tuberculeuse dont, depuis très-longtemps, il était atteint. Trois ans avant sa mort il était survenu, dans une autre ville, à la suite d'une fièvre typhoïde, une tumeur dans le flanc droit, sur la nature de laquelle les médecins n'avaient pas été d'accord. Les uns, et c'étaient les plus nombreux, l'avaient attribuée à une inflammation chronique avec hypertrophie du foie, en se fondant, d'une part, sur ce que le malade disait avoir eu une hépatite pendant son séjour à Java où il avait demeuré quatre ans et d'où il était revenu comme invalide ; de l'autre sur le teint ictérique qui lui était habituel et sur lequel tranchait la couleur lie-de-vin de ses deux pommettes. D'autres la croyaient due à une hydropisie enkystée, s'appuyant sur ce que dans l'Inde le malade avait été atteint d'hydropisie ascite, sur ce que l'extrémité pelvienne droite était œdématiée et sur ce que la tumeur présentait de la fluctuation. Moi, qui ne le vis que longtemps après l'apparition de la tumeur, lorsqu'il vint avec un congé de convalescence chez sa mère, et qui n'ai eu connaissance des détails qu'on vient de lire que par les rapports du malade, je crus qu'elle était due à une collection purulente, à une tumeur iliaque. J'étais conduit à ce diagnostic par la considération de sa position, de la manière dont elle s'était développée (elle s'était formée graduellement et avec douleur à la suite d'une maladie que je présumais avoir été une entérite folliculeuse). Si elle se confondait avec le foie quand le malade était debout, il existait un intervalle évident quand on le couchait sur le dos ; on pouvait alors saisir et relever le bord tranchant du foie, tandis que la tumeur ne bougeait pas et on reconnaissait distinctement par la percussion les limites de ce viscère. Il y avait fluctuation dans la tumeur, mais elle était obscure et très-profonde, et à l'exception d'un espace de deux à trois pouces carrés où le son était un peu sourd, il était clair sur tout le reste de la surface.

Habituellement constipé le malade n'obtenait de selles que par les lavements ou par des pilules purgatives, dans lesquelles, sous la préoccupation de la présence d'une hépatite chronique, on avait fait entrer le calomélas. Un jour qu'il essayait, étant à la campagne, de pousser sa selle et qu'il faisait de violents quoique vains efforts pour y réussir, il sentit quelque chose se rompre dans son ventre et éprouva une syncope. Rentré en ville au bout de quelques jours (je ne puis pas préciser combien, parce je ne le visitais qu'à de longs intervalles), il rendait encore de la matière purulente par l'anus ; la tumeur était affaissée. Peu à peu les évacuations devinrent naturelles, le malade recouvra, au bout de quelque temps, assez de force et de vigueur pour aller rejoindre son corps; mais il continua à être sujet à la constipation, et la jambe droite resta paresseuse et traînante. C'est dans cet état qu'il se trouvait au mois d'août dernier, qu'il revint ici avec un congé de convalescence pour affection de poitrine.

Je ne l'ai plus revu que dans les derniers jours de son existence et, pour ainsi dire, à l'agonie : il se plaignait alors de douleurs à l'endroit où la tumeur avait eu son siége : on les calma par les cataplasmes.

En publiant ce fait, je n'ai d'autre but que de fournir mon contingent de matériaux à l'histoire anatomique des tumeurs iliaques.

AUTOPSIE. — Le ventre est flasque et mou, mais on sent facilement au travers de ses parois des duretés et des bosselures dans le flanc droit. Le foie est petit, granuleux, jaunâtre. Le cœcum et l'entrée du colon ascendant sont unis aux parois du ventre par une infinité de brides membraneuses, courtes, rapprochées, serrées, très-résistantes, sous lesquelles ils sont comme ensevelis. La partie correspondante du méso-colon est durcie, tuméfiée, infiltrée, de matière tuberculeuse. Le calibre de cette portion d'intestin est rétréci et ses parois épaissies, dures, au point de ne pas s'affaisser quand on les incise. A la fin de l'iléon, on rencontre sur la muqueuse de nombreuses dépressions lenticulaires, grisâtres, entourées de fronçures. Celle de tout le tube digestif est ardoisée, à l'exception de la seule portion qui double la surface adhérente du gros intestin : là elle est d'un blanc nacré, luisante, sillonnée d'une quantité considérable de rides dont les longitudinales sont les plus prolongées et les plus profondes. Elle est intimement unie au tissu cellulaire sous-jacent, ou plutôt se confond avec lui ; c'est vainement que je fais des recherches après la tunique musculeuse, elle paraît avoir disparu. Ce tissu cellulaire est épaissi, condensé et a pris lui-même un aspect fibro-cartilagineux ; on n'y distingue plus aucune lamelle. Plus bas on remarque entre ses feuillets de la gélatine jaunâtre, concrète. Le psoas droit est d'une couleur plus foncée que son congénère : il est évidemment moins nourri, moins épais.

Observation sur un monstre anencéphale ; par AMÉ PHILIPPART, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, à Tournay.

Madame D....., âgée de 21 ans, douée d'un tempérament nerveux, d'une constitution assez active, de-

vint enceinte, pour la première fois, dans les premiers jours du mois de janvier 1836. Aucun accident n'avait entravé la grossesse jusque vers la fin du mois de juillet suivant : alors, elle ressentit des frissons, du dégoût pour les aliments, une nonchalance qui lui était inconnue; sa bouche exhalait une odeur putrescente; son visage devint pâle; un poids incommode pesait constamment du côté sur lequel elle se couchait; les mouvements de l'enfant qu'elle avait fort bien sentis jusqu'alors, cessèrent; les mammelles gonflèrent et fournirent un peu de lait; le ventre n'augmenta plus de volume; au contraire il sembla s'affaisser. Cet état dura pendant six semaines.

Le 14 septembre suivant, vers les dix heures du matin, elle ressentit quelques douleurs dans les lombes, qui revenaient par intervalles. Appelé vers une heure de l'après-midi, je constatai le commencement du travail : le col de la matrice se dilatait, et pouvait avoir la grandeur d'une pièce de cinq francs; la poche des eaux commençait aussi à se former. Il me fut impossible, malgré mon attention, de déterminer alors quelle était la partie et la position que le fœtus présentait.

A trois heures, la poche des eaux se creva, et laissa s'écouler un liquide verdâtre et abondant. Je reconnus alors que les orteils étaient dirigés à gauche et en avant, que les talons, appliqués contre les fesses, l'étaient à droite et en arrière, et que le cordon ombilical, sans battement aucun, embrassait le pied droit.

Les douleurs cessèrent, pendant une heure, immédiatement après la rupture de la poche amniotique. A quatre heures, elles reprirent avec force et firent descendre l'enfant dans la troisième position des pieds. Je la convertis en seconde, en tirant un peu plus sur le membre droit; et, à l'aide de quelques tractions, dirigées méthodiquement, et de quelques douleurs, la femme se trouva ainsi débarrassée d'un enfant mort, dont la description va suivre.

Sa longueur totale était de douze pouces trois lignes; la hauteur du tronc et de la face réunis était de six pouces six lignes; la hauteur de la face seule de deux pouces, la longueur des membres, tant thoraciques qu'abdominaux, était de cinq pouces dix lignes.

Le tronc et les membres présentaient la plus parfaite régularité dans leurs formes intérieures; plusieurs lambeaux d'épiderme se détachaient du chorion; le cordon ombilical était noir et flétri; les organes sexuels, mâles, étaient dépourvus de leur épiderme, comme plusieurs surfaces du tronc et des membres.

Les viscères, contenus dans les deux cavités splanchniques inférieures, ne présentaient rien d'anormal; les poumons, mis dans l'eau, tombaient au fond du vase qui la contenait; le cœur était assez volumineux; le trou ovale, improprement appelé de Botal, puisque ce n'est point lui qui l'a découvert, était largement ouvert.

Mais si ces parties étaient bien disposées, il n'en était pas de même de la tête, qui présentait des difformités curieuses et importantes : la voûte de la partie crânienne manquait complétement; l'on ne remarquait que sa base, qui était circonscrite par un rebord épais, coupé à pic, garni de petits cheveux noirs, et formé par le cuir chevelu recouvrant les portions osseuses que j'indiquerai plus bas.

Cette base, de la grandeur d'une couronne, tapissée par une membrane rouge, lisse, aplatie, paraissait être formée par la pie-mère et l'arachnoïde, et se prolongeait avec la portion antérieure de l'arachnoïde rachidienne.

Le canal vertébral, ouvert avec des ciseaux, l'on remarquait la moelle épinière, dans son état normal fournissant les nerfs vertébraux, le pneumo-gastrique, le spinal et l'hypoglosse, et venant s'épanouir par quelques filaments sur la surface membraneuse qui recouvrait la face supérieure de l'apophyse basilaire. Au delà, l'on ne remarquait plus rien de cette partie du système nerveux. Quant à l'encéphale, il n'en existait pas un atome.

Les fosses orbitaires manquant, aussi bien que la lame criblée de l'ethmoïde, je n'ai rien pu découvrir des nerfs olfactifs. Quant aux nerfs optiques, ils étaient très-minces, semblaient être réduits à leur névrilème, et ne s'étendaient point au delà d'un paquet musculo-graisseux représentant les parties ordinairement contenues dans l'orbite, manquant dans ce sujet. La rétine était parfaitement développée, aussi bien que le nerf moteur oculaire commun, qui ne s'étendait point non plus au delà de ce paquet musculo-graisseux; le nerf moteur oculaire externe, qu'on pouvait suivre sur les côtés de la selle turcique jusqu'aux apophyses clinoïdes postérieures, le trijumeau et ses branches ne se montraient qu'à leur sortie du crâne; il en était de même du facial et du pathétique, qu'on apercevait à peine.

Les artères carotides s'arrêtaient au canal carotidien du rocher, très-dur, très-développé, et déjeté en dehors. Cette partie osseuse, les osselets de l'ouïe, la région mastoïdienne, et l'apophyse zygomatique qui s'avançait vers l'os de la pommette, bien conformée, étaient les seules portions du temporal que l'on remarquait.

Parmi les pièces osseuses qui forment l'occipital, l'on ne remarquait que les os condyliens et basilaire; l'os proral ou occipital écailleux manquait, avec la portion postérieure de l'os condylien, de sorte qu'il n'existait que la moitié antérieure du trou occipital.

Le coronal n'était représenté que par la portion qui concourt à la formation de l'arcade sourcilière, petite languette osseuse qui s'articulait, par sa partie moyenne, avec les os propres du nez.

Les pariétaux n'existaient qu'à leur angle antérieur et inférieur, qui envoyait une languette osseuse sur la portion du coronal, décrite précédemment.

Le corps du sphénoïde existait dans son entier; mais ses grandes ailes manquaient.

La dure-mère, qui tapissait toute la base du crâne, était très-épaisse, très-dure, et ne formait aucun de ses replis : pas de sinus, pas de tente du cerveau, ni du cervelet.

Cette conformation du crâne, jointe à la brièveté du cou, donnait à la face une forme singulière : le front, n'existant pour ainsi dire pas, semblait fuir en arrière; les yeux étaient saillants; le nez gros et écrasé; les lèvres proéminentes, surtout l'inférieure; la bouche entr'ouverte; derrière les joues aplaties, se montraient les deux oreilles, qui semblaient plus développées qu'à l'ordinaire, sans doute à cause de l'absence de la voûte du crâne.

Réflexions. — Après avoir considéré avec attention, et décrit avec exactitude les différentes parties de l'individu qui fait l'objet de cette observation, il resterait, pour la compléter, à faire connaître ses rapports avec ceux déjà connus, et à chercher, par la connaissance du fait et de ses rapports, à s'élever à celle des lois qui ont présidé à sa formation. Mais les difficultés qui ac-

compagnent ces sortes de recherches, sont si nombreuses, si graves et si variées, qu'il n'est, pour ainsi dire, donné à personne de les vaincre toutes. Voilà pourquoi les théories, qui, pour être bonnes, devraient être l'expression fidèle de tous les cas particuliers, sont si incomplètes, si fausses même, et partant si nuisibles dans certaines circonstances. Aussi n'est-ce qu'avec réserve et défiance que je me livre aux réflexions suivantes :

L'absence des parties mentionnées ci-dessus, doit-elle être attribuée au résultat d'un arrêt de développement, comme le pensent M. Geoffroy-Saint-Hilaire et ceux qui ont suivi sa théorie? En quoi consiste cet arrêt de développement? Le fœtus humain doit-il passer successivement par diverses formes, pour arriver à son organisation complète? ou bien celui-ci existe-t-il primitivement de toutes pièces ; et, dans ce cas, les organes, au lieu de se former successivement, ne feraient-ils que se manifester?

Cette dernière opinion, qui paraît être celle de la plupart des physiologistes, rendrait assez facilement compte de cet arrêt de développement, moyennant une cause efficiente. Ainsi, de même qu'une graine contient toutes les parties de la plante, et que l'on peut arrêter le développement de l'une ou de l'autre de ses parties, d'une de ses pousses, par exemple, en mutilant l'extrémité de celle-ci, de même l'embryon humain contiendrait toutes les parties du corps, et la privation d'une de ses parties devrait être attribuée à un arrêt de développement, occasionné lui-même par une cause matérielle qui aurait porté son action sur l'organe manquant, lorsque celui-ci existait encore à l'état rudimentaire.

Cette opinion qui repose sur un grand nombre de probabilités, semble acquérir quelque certitude par ce qui se passe dans le développement du poulet, quoique l'œuf d'un ovipare, différemment composé que celui d'un vivipare, soit peut-être soumis à d'autres lois dans son développement que le dernier. On n'ignore point que l'on peut priver le poulet de telle ou telle partie, en privant les rudiments de ces parties des matériaux nécessaires à leur développement. Or, ce que nous pouvons produire artificiellement dans d'autres corps organisés, ne peut-il pas arriver accidentellement dans l'embryon?

On conçoit d'ailleurs que le développement des corps organisés et du corps humain en particulier, étant soumis à des lois générales, dont la stabilité ne saurait changer à moins que l'on veuille encore croire aux miracles, ne peut être augmenté, diminué ou perverti que par des causes accidentelles qui portent leur action sur les matériaux soumis à ces lois stables et générales; que, par conséquent, ces autres lois que l'on a prétendu présider à la formation des anomalies de l'organisation, ne peuvent exister ; et que c'est dans les altérations des organes, à l'état rudimentaire, que l'on doit chercher la raison suffisante de leurs anomalies.

Note sur l'emploi du baume de copahu dans la bronchite chronique ; par Amé Philippart, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, à Tournay.

La bronchite chronique, plus particulière aux individus d'une complexion humide, aux enfants, aux vieillards, quoique non liée à des tubercules pulmonaires, ou à des maladies organiques du cœur, résiste assez souvent avec tant d'opiniâtreté aux moyens les mieux combinés et les mieux appliqués, que l'on ne saurait attacher trop de prix à un remède qui, administré *à propos*, en arrêterait sûrement les progrès, quelquefois effrayants.

Ce remède, nous le possédons dans le baume de copahu.

Déjà Thomas Fuller, médecin anglais (1), Fréderic Hoffmann (2), Simmons, Gessner, Vaburengh, Lentin (3), Hallé (4) et Amstroug (5) l'avaient employé avec succès contre cette maladie, lorsque M. Laroche, médecin de Philadelphie, appela de nouveau l'attention des praticiens sur les propriétés thérapeutiques de cette substance contre le catarrhe pulmonaire chronique. Ce médecin a rapporté, dans son mémoire (6), les observations de sept individus, affectés de bronchite chronique, qu'il a guéris à l'aide de ce moyen.

Quoique ce mémoire contienne des faits très-intéressants, il laissait cependant encore à désirer que l'expérience vînt confirmer l'efficacité du médicament qu'il préconise, ainsi que l'a fait observer Billard, dans son traité des maladies des enfants.

C'est dans cette intention que je me suis déterminé à publier le résultat des expériences auxquelles je me suis livré, expériences qui attestent l'efficacité de ce remède contre la maladie dont il est ici question.

Le premier individu auquel je l'administrai, était un homme de cinquante-cinq ans, qui se faisait remarquer par la faiblesse de sa constitution : il avait été affecté, à plusieurs reprises de rhumes violents, qu'il n'avait point jugé nécessaire de soigner. A la suite de la dernière attaque, il fut atteint d'une bronchite aiguë, qui nécessita les saignées générales et locales. L'acuité de la maladie passa, et fit place à un état chronique, qui devenait chaque jour d'un caractère plus sérieux : les crachats, d'abord expulsés en petite quantité, devinrent de plus en plus abondants; leur aspect puriforme ; la difficulté de la respiration ; la fièvre, qui prenait un type continu, avec des redoublements nocturnes et des sueurs matinales ; la perte de l'appétit ; une diarrhée colliquative ; le dépérissement, qui augmentait de jour

---

(1) *Pharmacopœia extemporanea, seu præscriptorum silloge, in quâ remediorum elegantium, et efficacium paradigmata ad omnes ferè medendi intentiones accomodata candidè proponuntur, unâ cum veribus, operandi ratione. dosibus in indicibus annexis.* Londini, 1701, in-8°.

(2) *Observ. phys. chym.*

(3) *Murray : app. med.*, t. IV, 53.

(4) *OEuvres de Tissot, par Hallé*, note du tome Ier.— L'exemple qu'Hallé rapporte est fort remarquable.

(5) *Journal de médecine d'Édimbourg*, année 1818, t. XV, p. 17 et 216. — Ce médecin donnait cent gouttes de baume dans deux onces de mucilage et autant d'eau sucrée, le tout bien mêlé dans un mortier; il conseille de donner la moitié de cette composition le matin, et le reste le soir. En augmentant peu à peu la dose du baume, on continue ce mélange douze ou quinze jours après la disparition des symptômes, pour prévenir les rechutes.

(6) *Observations de catarrhes pulmonaires chroniques, guéris par le baume de copahu.* Traduit du *Journal américain The north american and surgical Journal, dans le Journal universel des sciences médicales*, année 1826, t. XLVI.

en jour, me firent porter un pronostic fâcheux.

Déjà plusieurs moyens avaient été employés inutilement : les mucilagineux, les boissons émollientes, l'inspiration de vapeurs douces, les aliments doux et de facile digestion, le lichen d'Islande, le polygala senega, le lierre terrestre, le vésicatoire, les frictions avec la pommade d'Autenrieth avaient été mis en usage, sans d'autres résultats qu'une faiblesse plus grande du malade. Cet état durait depuis six mois.

Voulant essayer le baume de copahu, je l'administrai à la dose de vingt grains, que le malade prit dans les vingt-quatre heures, incorporé dans du miel; en même temps, il continua sa décoction de lichen, et entretint la plaie de son vésicatoire. Grande fut ma surprise, le lendemain : les crachats, que rien n'avait pu arrêter jusque-là, et qui devenaient, au contraire, de plus en plus abondants, cessèrent presque aussitôt d'être sécrétés, sans que le malade accusât le moindre malaise. Il continua, pendant un mois, l'emploi de ce baume, dont je portai la dose à quarante grains, dans quatre onces de miel; il prit la décoction de lichen et de kina, pendant le même espace de temps, convertit la plaie de son vésicatoire en un fonticule, qu'il continue à entretenir, prit un peu plus d'aliments chaque jour, et présenta bientôt sous l'influence de ce traitement la plus parfaite régularité dans ses fonctions.

Depuis ce moment (avril 1834), je saisis toutes les occasions pour administrer cette substance dans la bronchite chronique, et toujours elle m'a réussi dans les cas analogues à celui dont je viens de rapporter l'observation. Je pourrais rapporter un assez bon nombre de faits; mais je me bornerai à indiquer leurs résultats, après avoir relaté le suivant :

Émile Hoverlant, fils de M. Hoverlant de Bauwelaere, savant historien, aux travaux duquel la Belgique doit de la reconnaissance, est âgé de sept ans, et doué d'une constitution faible, humide. Il était malade depuis un mois, à son pensionnat, où un médecin le visitait assez négligemment, lorsque je le vis, pour la première fois, le 9 février 1837. Il présentait alors l'état suivant : le tronc et les membres étaient maigris; le faciès présentait de l'altération; ses traits étaient tirés en dehors des ailes du nez, que l'enfant semblait dilater avec effort, par suite de la gêne de la respiration, qui était courte et pénible; le stéthoscope faisait reconnaître le râle crépitant, à la base des deux côtés de la poitrine, qui rendait un son mat à la percussion; la toux était douloureuse; les crachats, peu abondants, étaient rouillés; la réaction fébrile était assez intense; de plus, il existait des symptômes de gastro-entérite.

Les sangsues; les cataplasmes émollients appliqués sur le thorax et l'abdomen; les boissons douces; l'abstinence complète des aliments, quelques laxatifs dissipèrent la pneumonie et la gastro-entérite, et diminuèrent considérablement la bronchite, qui passa à l'état chronique. La toux devint presque continuelle; les crachats, de nature puriforme, étaient expulsés chaque jour en plus grande quantité; la respiration devint précipitée et bruyante; le visage bouffi; il y avait aussi un peu d'œdème autour des malléoles; il y avait de la fièvre, avec des redoublements le soir et des sueurs nocturnes; le tube digestif me paraissait encore malade.

J'insistai sur les émollients, pris intérieurement; j'y ajoutai un vésicatoire au bras, qui parut produire des effets très-avantageux, pendant les premiers jours qui suivirent son application, et des frictions sèches sur le tronc et les membres. Malgré ces moyens, la quantité des crachats, vraiment énorme, ne diminuait pas, ce qui me détermina de prescrire, le 2 mars suivant, le baume de copahu, à la dose de dix grains dans une demie once de miel, pour vingt-quatre heures.

Le lendemain, plus de crachats; état satisfaisant du malade, continuation du copahu. Le 4, un impudent charlatan, espèce de gens assez commune maintenant dans l'art médical, n'ayant pas rougi de publier que cet enfant ne guérirait jamais, parce que j'avais porté un faux diagnostic, pour la tranquillité de la famille et pour ma propre satisfaction, une consultation eut lieu, et donna pour résultat la continuation du baume de copahu. L'enfant n'a point encore cessé de le prendre à la même dose, de plus une avec du sirop de kina, chaque jour, et quelques verres de la décoction de lichen : l'enfant est en parfaite convalescence et guérira, malgré les cris de cet effronté.

Ces observations, prises sur beaucoup d'autres, suffiront, je l'espère, pour établir l'efficacité du baume de copahu dans le catarrhe pulmonaire chronique.

Il résulte des expériences auxquelles je me suis livré, que les individus d'une constitution molle, lymphatique, peu irritable sont ceux qui retirent le plus d'avantages de ce précieux médicament.

VARIÉTÉS.

LETTRE MÉDICALE SUR LA FACULTÉ DE MONTPELLIER.

Clinique de M. le professeur Serre.

Mon cher confrère,

Je m'étais en quelque sorte engagé à vous écrire de Paris, mais le mauvais état de ma santé m'en a bien empêché! Je suis arrivé de *volée* en *volée* jusqu'ici, après avoir été saisi et retenu à Lyon par la grippe; j'ai dû garder le lit pour quelques jours. A vous qui me savez atteint d'une affection de poitrine, et qui savez à quel point cette affection seule m'abat et me fait souffrir, je ne dirai pas ce que j'ai eu à endurer lorsque la grippe est venue s'y joindre. Enfin, grâces au ciel, je suis mieux, aussi bien que je puis désirer de l'être, bien que mes accès d'asthme se réitèrent avec autant de fréquence qu'à Bruxelles; j'y ai gagné seulement qu'ils sont ici de plus courte durée et me jettent moins dans la prostration : je puis, en un mot, les supporter, et c'est déjà beaucoup. .. Je me suis confié ou plutôt remis aux soins du professeur *Lallemand*, qui ne donne point de cours en ce moment : la chaire de clinique chirurgicale est partagée entre lui et M. *Serre*. En attendant que je puisse vous parler de M. *Lallemand*, je vous entretiendrai de M. *Serre*; j'ai vu ce professeur qui m'a fait l'accueil le plus aimable et le plus obligeant que vous puissiez imaginer; il a bien voulu me confier les matériaux qui doivent servir au compte-rendu qu'il va publier de sa clinique chirurgicale de l'hôpital civil et militaire de Montpellier, pendant le second quadrimestre 1836, et je vais tâcher de les résumer.

Nous croyons qu'à Paris seulement l'on fait de belles opérations, qu'à Paris seulement les cliniques sont abondamment fournies de malades; mais à Paris, chacun le sait, on éblouit les élèves dans les leçons orales, et les étrangers dans les journaux de médecine (tous à la dévotion des hôpitaux), par le récit de faits extraordinaires dont on se sert pour détourner l'attention des premiers et dérober ainsi à leurs regards des fautes et des revers; aux seconds, on en impose, de telle façon qu'accourus à Paris, ils sont tout étonnés d'y voir pécher contre les règles de la saine doctrine, et les maîtres eux-mêmes fouler aux pieds la loi qu'ils prêchent. Alors tombe le prestige de ces théories brillantes qui avaient séduit notre esprit, à nous pauvres étrangers; à côté des succès, que l'on crie bien haut, nous voyons les insuccès que l'on nous tait; nous nous rappelons que la médecine, comme la chirurgie, est l'art de guérir; que la clinique est ce même art mis en pratique, et que le professeur le plus digne d'estime et de confiance est celui qui, toutes choses égales d'ailleurs, perd le moins de malades. La constitution médicale, a dit Bouillaud, est devenue le mot d'ordre de ceux qui ne peuvent pas justifier la perte de leurs malades; d'autres attribuent au hasard le succès de leurs confrères; quoi qu'il en soit, on finit toujours à la longue à reconnaître en pareille matière que les plus heureux sont les plus habiles. M. Serre, sans attacher à la méthode *numérique* la même importance que M. Louis et son école, et sans toutefois en nier la valeur, ne la considère pas comme rigoureusement applicable à l'appréciation des moyens thérapeutiques; mais que de choses n'apprendrions-nous pas, si tous les hommes placés à la tête des hôpitaux donnaient annuellement, comme le font les Allemands, un relevé statistique et raisonné des malades qu'ils auraient eu à traiter pendant la durée de leur service. S'il en était ainsi, en médecine et beaucoup plus encore en chirurgie, on serait en général beaucoup moins téméraire et l'on ne verrait plus commettre de ces fautes graves, qui font toujours la honte de l'art. — La chirurgie, dit avec raison M. Serre, ne consiste pas uniquement à amputer des bras et des jambes; elle doit s'occuper aussi de guérir sans opération. Du 20 avril au 15 septembre 1836, M. Serre a reçu dans ses salles 702 malades, dont 206 vénériens et 496 blessés; 9 seulement sont morts, et encore ont-ils succombé à des maladies réputées incurables, telles que la phthisie, le mal de Pott, le cancer, les abcès par congestion, etc. — Du 20 avril au 24 décembre 1835, espace de 8 mois, M. Serre avait eu à traiter 1,010 malades, dont 365 vénériens, 645 blessés. Or, c'est précisément alors que le choléra sévit dans l'hôpital; 22 malades succombèrent, 2 à la suite d'une opération et 4 à l'occasion du choléra. — Du 20 avril 1834, au 20 janvier 1835, sur 1109 malades, dont 447 vénériens et 662 blessés, il n'en est mort que 21, dont 2 encore à la suite d'opérations. — Donc, sur 2762 malades que M. Serre a eu à soigner à diverses époques, dans un espace de 21 mois, il n'en a perdu que 48, et sur 63 opérations majeures qu'il a pratiquées, 4 seulement ont été suivies d'insuccès. Parmi ces opérations figurent une amputation de cuisse, trois amputations de jambe, dont une au-dessus des malléoles, une amputation partielle du pied d'après la méthode de Chopart, deux amputations du bras, cinq amputations d'avant-bras, trois opérations de taille, une ligature de l'artère fémorale, trois ablations de testicule, l'amputation de la verge, trois ablations de cancer au sein, l'extirpation d'une tumeur lipomateuse, deux extirpations de polypes dans les fosses nasales, l'extirpation d'un fongus-hœmatode énorme, une ablation partielle du maxillaire supérieur, quatre opérations de varicocèle, un très-grand nombre de restaurations de la face, telles que cheïloplastie, genoplastie, blépharoplastie, rhinoplastie. Au milieu de ces faits, il en est une série que M. Serre peut mettre en première ligne, c'est celle relative à l'opération de la cataracte; en 20 mois, il a opéré dans son hôpital 70 malades et 62 ont recouvré la vue.

M. Serre opère la cataracte *par déplacement* et il ne pratique jamais l'opération que sur *un seul œil*, le gauche de préférence.

Le procédé employé par M. Serre est celui que les Allemands connaissent sous le nom de *renversement* (*reclinatio*) *par sclèroticonyxis*, et suivant lequel l'aiguille introduite par la sclérotique, renverse ou culbute le cristallin de telle façon que son bord supérieur est placé en arrière, l'inférieur en avant; que la face antérieure devient supérieure, et la postérieure inférieure. M. Serre se sert d'une aiguille à cataracte courbe et terminée en fer de lance, avec une face convexe et l'autre concave, et qui ne diffère de celle de Schmidt qu'en ce qu'elle est plus fine. Il introduit l'instrument par la sclérotique, à deux lignes environ au-dessous du diamètre transversal de l'œil et à la même distance de l'union de la conjonctive sclèroticale avec la cornéale, afin de ne léser ni l'artère ciliaire longue qui rampe horizontalement au niveau du diamètre transversal du globe oculaire, ni le ligament ciliaire qui s'étend à environ une ligne et demie du bord de la cornée, sur la sclérotique. La pointe de l'instrument est dirigée vers le ventre de l'œil et enfoncée perpendiculairement dans la sclérotique; l'extrémité courbe ayant pénétré, le manche de l'aiguille est relevé, on lui fait faire un quart de tour sur lui-même, ce qui fait que sa partie convexe est tournée vers l'iris, et sa partie concave vers le cristallin. L'aiguille est poussée par la chambre postérieure jusqu'à ce que sa pointe parvienne derrière la pupille; sa concavité est placée sur la face antérieure de la cataracte, de manière que sa pointe regarde la partie supérieure et interne de cette face. Le manche de l'instrument est de nouveau soulevé afin de reconnaître s'il y a des adhérences entre l'iris et la capsule cristalline; lorsqu'il en existe, ils sont coupés avec le tranchant de l'aiguille, en la retirant un peu, de manière à la faire agir en coupant. La concavité de l'instrument étant alors de nouveau appliquée sur la face antérieure de la cataracte, le manche est conduit dans la direction de la racine du nez, et la cataracte culbutée dans la partie inférieure externe du corps vitré. Dans tous ces mouvements imprimés à l'aiguille, celle-ci agit comme un levier du premier genre et trouve son appui dans l'ouverture de la sclérotique; afin d'éviter davantage encore de tirailler cette membrane, et pour fixer mieux encore l'instrument, M. Serre pose le doigt de la main qui ne sert pas à l'opération, sur l'aiguille, immédiatement à sa sortie de la sclérotique.

Quant à l'inflammation que l'oculiste redoute tant après cette opération, M. Serre la fait avorter par une ou deux saignées de précaution; il a eu quelquefois à lutter contre la réascension du cristallin, mais il a facilement triomphé de ce contre-temps, et jamais la seconde opération n'a été plus grave que la première. Il

a réussi à rendre la vue à un malade qui avait déjà été opéré deux fois par un autre chirurgien.

Le seul accident dont M. Serre n'a pas toujours pu se défendre et qui l'a fait échouer dans quelques cas, c'est l'opacité totale ou partielle des enveloppes du corps lenticulaire ; il prévient la formation d'une cataracte en déchirant avec soin la membrane cristalloïde antérieure avant de chercher à déplacer le cristallin. C'est là surtout une recommandation sur laquelle insiste M. Serre.

Les succès obtenus par M. Serre dans l'hôpital dont il dirige le service étonneront plus d'un chirurgien ; mais ces succès ne sont point tous dus à des opérations ; il a aussi eu à traiter des maladies vénériennes et des lésions plus ou moins graves ; je ne parlerai aujourd'hui que des opérations faites par ce professeur, me réservant de vous entretenir dans une prochaine lettre des heureux résultats qu'il doit à son mode de traitement des maladies vénériennes par les préparations d'argent.

Le premier malade opéré par M. Serre, lorsqu'il reprit le service de M. Lallemand, le 20 avril 1836, fut un jeune Corse sur la nature de la maladie duquel il fallut bientôt se prononcer; quelques personnes avaient cru à l'existence d'un cancer du sinus maxillaire et avaient jugé l'opération impraticable, et c'est pour ce motif que le malade venait se présenter à la clinique et entra à l'hôpital. M. Serre affirma que le mal ne s'étendait pas jusqu'à l'antre d'Hygmore et exposa même d'une manière très-détaillée les motifs sur lesquels il basait cette opinion. L'opération fut exécutée et confirma de tout point le diagnostic qu'il avait porté, et tout réussit ; il avait eu à inciser la joue, à mettre le mal à découvert, à le détruire par le fer et le feu jusqu'à ses dernières racines et à sacrifier ainsi une bonne partie du maxillaire supérieur droit. La maladie ne s'est pas reproduite, et ce Corse que j'ai vu plusieurs fois, jouit d'une parfaite santé.— Il s'agit cette fois d'un cancer à la partie latérale droite de la face, qui avait causé de très-grands ravages et détruit la commissure des lèvres du même côté. M. Serre laissa reposer le malade pendant quelques jours, chercha à combattre l'inflammation produite par l'emploi des substances irritantes auxquelles avait eu recours un médecin de Valleraugues ; l'ulcère fut ensuite circonscrit par une série d'incisions combinées de manière à réunir les parties par première intention et à conserver la régularité des formes primitives; huit jours ont suffi pour obtenir la cicatrisation complète de la plaie. M. Serre a pratiqué un grand nombre d'opérations du même genre, qu'il rapportera dans son *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face*, sous presse en ce moment, et qui formera un volume in-8° avec atlas; ce professeur a bien voulu me montrer les dessins qui serviront d'atlas à cet ouvrage, et je puis vous assurer que rien n'est plus surprenant que toutes ces difformités restaurées et dont le traitement a été couronné de succès. C'est ainsi qu'en conservant la muqueuse buccale il a revêtu le bord libre aux dépens de la peau du menton. Quatre opérations successives, toutes faites dans un but commun, ont réussi à faire disparaître des difformités hideuses autour de l'ouverture de la bouche, chez un homme qui s'était tiré un coup de pistolet qui lui avait brisé la voûte palatine. Une femme portait sur la face dorsale du nez un ulcère carcinomateux qui semblait, au premier aspect, exiger le sacrifice presque entier de l'organe malade ; le mal fut circonscrit par deux incisions en forme de V, la peau disséquée sur les côtés du nez, les lambeaux mis en contact, et ce procédé si simple remplaça la rhinoplastie. Ce mode opératoire contient le germe d'une idée nouvelle qui sera féconde en résultats ; le temps n'est pas éloigné où les méthodes italienne et indienne feront place à la méthode française, et l'on n'aura plus désormais à faire subir aux lambeaux, ces torsions violentes qui gênent la circulation sanguine et lymphatique et entraînent ainsi trop souvent la gangrène.

Un petit malade avait été vainement opéré plusieurs fois pour un polype sarcomateux qu'il portait dans la fosse nasale gauche, lorsqu'il vint dans le service de M. Serre, qui jugea que le polype ne s'étendait pas très-loin et que si les trois tentatives que l'on avait faites n'avaient pas eu de résultat satisfaisant, cela était dû à ce que l'on n'avait jamais attaqué le mal qu'à travers l'ouverture naturelle des narines; l'aile du nez fut largement incisée ; les doigts indicateur et médius de la main gauche introduits dans l'intérieur de la fosse nasale déjà très-dilatée, permirent d'arriver jusqu'à la base du mal et de l'arracher en totalité sans même avoir recours à l'instrument. La plaie de l'aile du nez fut réunie à l'aide de quelques points de suture et 15 jours suffirent pour consolider la cure.

Un homme de 30 ans portait depuis longtemps une tumeur blanche à l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche; le sujet était cachectique, débilité par une suppuration des plus abondantes; déjà il existait de la diarrhée, insomnie, fièvre hectique ; l'articulation du coude gauche était aussi le siége d'un fongus articulaire commençant. Il fallait ou abandonner le malade à une mort évidente ou bien tenter les chances que laissait l'amputation, les viscères principaux de l'économie étant à l'état normal. L'opération eut lieu à deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité du tibia, et ne donna lieu à aucune espèce d'accident, et déjà, à la levée du second appareil la réunion était presque complète. — Une fille a également subi l'amputation de la jambe; elle avait ressenti, deux années avant l'époque de l'opération, les premières atteintes d'une tumeur blanche à l'articulation tibio-tarsienne droite, et elle avait dû néanmoins continuer à se livrer aux travaux de la campagne. Lorsqu'elle arriva à l'hôpital de Montpellier, l'articulation était gravement affectée et recouverte de quelques ouvertures fistuleuses qui fournissaient du pus avec abondance ; peau rouge, tendue, luisante, vives douleurs à la moindre pression. La malade, âgée de 29 ans, était maigre, abattue, et dévorée par une fièvre lente qui avait donné au corps une teinte ictérique du plus fâcheux aspect. L'amputation eut lieu à deux travers de doigt au-dessus des malléoles, fut pratiquée suivant la méthode circulaire et la plaie réunie par première intention à l'aide de trois points de suture et de quelques bandelettes agglutinatives (diète absolue, potion avec 20 goutt. laud. sydenh., infus. de tilleul p^r. boisson). Le deuxième jour de l'opération, la malade accusait des douleurs au moignon et une partie de la peau qui le recouvrait, avait déjà pris une teinte violacée annonçant un commencement de gangrène. La nuit avait été très-agitée (Les trois points de suture sont coupés, pansement avec un large catapl. tisane d'orge). Le lendemain, diminution des douleurs, téguments mortifiés ; pouls petit, profond, fréquent; traits décomposés, affaissement extrême (même pans., limonade vineuse, potion avec 6 gr. sulfate de quinine, vésica-

toire au bras). La figure sembla dès lors se ranimer, le pouls se releva, et un léger cercle inflammatoire indiqua les limites de la gangrène (même pans., mêmes prescriptions). Les escares commencèrent à se détacher vers le 12e jour, et laissèrent à nu toute la surface du moignon; enfin une suppuration louable s'établit; la plaie se recouvrit de bourgeons charnus, les bords se rapprochèrent de jour en jour; la cicatrisation se fit lentement, sans aucune nécrose ni du tibia, ni du péroné. M. Serre, qui a déjà publié cette observation dans le *Bulletin médical du midi*, du 4 février, fixe l'attention sur un accident qu'il a eu a combattre; quelques personnes peu familiarisées avec le mode de pansement qu'il a adopté, pourraient croire que la mortification des téguments destinés à recouvrir le moignon a été le résultat de la constriction exercée par les points de suture; il n'en est point ainsi, dit-il. Il ajoute que si la gangrène a eu lieu, il faut en rapporter la cause (à une circonstance que moi, j'ai oublié de noter), à ce qu'il avait poussé la dissection de la peau trop loin, et que celle-ci se trouvant isolée dans une trop grande étendue, flottait pour ainsi dire au-dessus du moignon et ne pouvait que difficilement contracter des adhérences avec les parties sous-jacentes. D'une autre part, en voulant pratiquer l'amputation au-dessus des malléoles, il avait dû se servir de téguments déjà enflammés. On devra donc tirer de là la conséquence que dans l'amputation de la jambe au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, il ne faut disséquer la peau que dans une très-petite étendue, et qu'au risque d'opérer la section du membre un peu plus haut, il vaut mieux amputer sur des parties jusque là exemptes de l'inflammation. Au reste, M. Serre fait encore observer que ce qui est arrivé dans ce cas prouve que la méthode dite de la *réunion immédiate* ne consiste pas seulement à affronter les bords d'une plaie; ce mode de pansement exige encore un ensemble de conditions que beaucoup de praticiens ignorent, qui sont violées tous les jours. Les autres, tombant dans l'excès contraire à celui par lequel M. Serre a péché, isolent à peine les téguments, et doivent ensuite exercer de grands tiraillements sur les bords de la solution de continuité qu'il faut réunir; les autres ne lient que très-incomplétement les vaisseaux, et ne songent pas en fermant la plaie, que le sang va bientôt s'extravaser au milieu de tissus récemment divisés. Quelques-uns ne se doutent même pas de l'importance qu'il y a à réunir la solution de continuité dans telle ou telle direction, et s'occupent bien moins encore de la position à donner au moignon; enfin, souvent sous le prétexte bien précaire de laisser au spasme le temps de tomber, on diffère le pansement, et ce soin est confié à l'un des élèves de la salle. « Voilà, en peu de mots, dit M. Serre, le tableau fidèle de ce que j'ai vu maintes et maintes fois dans plusieurs hôpitaux de Paris; et l'*on s'étonne ensuite que la réunion immédiate n'y réussisse pas!!* » Il est une circonstance relative à cette opération qui mérite d'être signalée; c'est l'absence de toute nécrose. Comment se fait-il que dans un cas où les téguments ayant été mortifiés, le tibia et le péroné sont restés à nu pendant près d'un mois, aucun de ces os n'ait été frappé de mort? Cela tient à coup sûr à ce que M. Serre a fait usage d'une scie à lame très-mince, et dont les dents sont très-fines. On ne croit pas assez en général, à l'influence que le choix d'un bon instrument (avis aux médecins de notre armée et de nos hôpitaux) peut avoir sur le sort ultérieur de la portion d'os amputé. J'ai interrogé plusieurs élèves de M. Serre, et rien n'est plus vrai que ce qu'il a avancé; parmi toutes les amputations qu'il a pratiquées depuis trois ans qu'il partage le service avec M. Lallemand, aucune n'a été suivie de la moindre exfoliation. J'ai vu la fille amputée, et j'ai pu me convaincre des avantages que présente l'amputation au-dessus des malléoles. Du reste, les observations récentes de Goyrand, Velpeau et Blandin, jointes à celles de Salemi, Whit, Dieffenbach, Bromfield, Petit-Radel, Ravaton, Bell, Vacca-Berlinghieri ne laissent plus de doute à cet égard. Cette question est aujourd'hui toute jugée. Une amputation de la cuisse est encore venue se jeter en travers des hauts cris jetés à Paris contre la méthode adhésive de M. Serre (*Traité de la réunion immédiate d s plaies, et de son influence sur les progrès récents de la chirurgie dans toutes les opérations*); les suites de cette amputation ont été réellement merveilleuses. Un jeune homme portait une nécrose profonde du tibia, depuis quelques années; après avoir extrait un grand nombre d'esquilles, M. le professeur Serre dut recourir à l'amputation du membre. *La réunion immédiate a eu lieu dans toute l'étendue de la plaie* et, chose extraordinaire, *la fièvre traumatique ne s'est pas même manifestée!!...* Tous ses succès, ce professeur les doit à sa dextérité dans les opérations, à sa prudence avant, pendant et après l'opération, et à sa méthode adhésive; ils étonneront ceux qui ne connaissent pas les résultats heureux dus au mode de pansement qu'il a préconisé dans son ouvrage *exprofesso* sur cette matière. La réunion immédiate est le levier le plus puissant que l'art ait mis à la disposition du chirurgien; mais aussi combien est-il rare de rencontrer des ouvriers qui puissent manier ce levier comme M. Serre; tous les pansements sont faits par lui-même, jusqu'à ce que le malade opéré soit rendu à la santé; cet homme amputé de la cuisse, il se promenait dans les salles douze jours après l'opération!... Ce professeur n'a pas été moins heureux dans les amputations du testicule, le résultat a été le même chez un malade qui a subi la castration. Comment se fait-il qu'une opération si grave en apparence soit suivie d'aussi peu de dangers? Cela tient surtout à ce qu'au lieu de couper le cordon spermatique d'un seul trait, et de lier en masse tous les organes qui le constituent, M. Serre met le plus grand soin à n'embrasser dans l'anse des ligatures que les vaisseaux artériels; cela tient encore à ce qu'au lieu de tamponner la plaie et de livrer les surfaces nouvelles à l'inflammation, il se hâte d'en rapprocher les bords et de faire ainsi avorter la phlogose. J'ai vu un de nos opérateurs distingués, M. le docteur Feigneaux mettre ce procédé en usage à l'hôpital militaire de Louvain, et parer également aux accidents; la plupart des malades chez lesquels l'ablation du testicule a été suivie de mort, ont succombé soit à l'inflammation du tissu cellulaire, soit à celle des veines spermatiques. L'amputation de la verge a également été pratiquée par M. Serre; autant elle est d'une exécution simple, autant ses suites peuvent en être fâcheuses. Outre l'influence que l'ablation du membre viril exerce sur l'économie, il arrive trop souvent que la peau, en raison de sa grande laxité dans ces parties, et par suite de la cicatrisation, se glisse de proche en proche jusque dans le canal de l'urètre et met obstacle à l'émission des urines. Il faut donc ici déroger à la règle la plus générale de la médecine opératoire, celle de conserver toujours assez de téguments pour recouvrir les surfaces mises à

nu par l'instrument tranchant. L'opération a été heureuse, et le malade n'est tombé ni dans la tristesse ni dans la mélancolie qui causent quelquefois la mort des individus opérés ; ici, au contraire, il manifestait son contentement d'être débarrassé de son affection cancéreuse du pénis. Il était du reste âgé de 60 ans, ce qui lui aura fait supporter avec plus de patience et moins de regrets la privation du membre viril ! L'opération du varicocèle par l'acupuncture a aussi été mise en pratique dans le service de M. Serre, sans qu'il survînt de symptômes de phlébite, et les quatre militaires opérés sont parfaitement guéris. Un soldat s'était ouvert l'artère tibiale postérieure immédiatement au-dessous du mollet; le professeur chercha à obtenir la guérison de cette plaie artificielle au moyen de la méthode de Valsalva jointe à la compression sur l'artère crurale et aux applications réfrigérantes ; les efforts furent vains, il fallut en venir à la ligature du vaisseau principal. Mais en quel lieu convenait-il de mettre l'artère à découvert? Dans un cas analogue Dupuytren a lié la fémorale à la partie moyenne de la cuisse; Delpech, à son passage immédiatement au-dessous du ligament de Fallope : tous deux ont réussi. M. Serre crut cependant devoir en agir autrement. Il ne voulut pas imiter Delpech, parce qu'il avait appris par expérience, et sous ses yeux même, combien il est dangereux de placer la ligature si près de la naissance de l'artère épigastrique et de l'iliaque antérieure ; il ne voulut pas davantage imiter Dupuytren, parce que, en liant la fémorale à la partie moyenne de la cuisse, il s'exposait à voir des fusées purulentes se former dans la profondeur du membre, et l'inflammation se propager de proche en proche jusqu'aux tuniques du vaisseau : or, Dupuytren lui-même a dit ce qui pouvait en résulter. En liant l'artère avant son passage derrière le muscle couturier, M. Serre avait surtout en vue 1° de mettre le vaisseau à nu dans un point du membre où il est situé assez superficiellement; 2° de placer en même temps la ligature assez loin de la naissance de la profonde ou de tout autre vaisseau collatéral. L'opération a réussi, on ne peut mieux. La taille a été pratiquée entre autres sur un homme d'une cinquantaine d'années, épuisé par les souffrances et les fatigues. La pierre avait un volume médiocre et paraissait devoir être friable, conditions bien propres pour faire la lithotritie ; mais la vessie était peu spacieuse, les urines purulentes, la prostate malade, et le canal de l'urètre fort étroit, et il fallut renoncer à la méthode par broiement. L'état morbide s'opposait à l'application de l'appareil latéral latéralisé ; ne valait-il donc pas mieux attaquer la vessie par l'hypogastre ou le rectum? Non, s'écrie M. Serre, qui s'était déjà trouvé une fois dans le même cas chez un habitant de Grenoble à qui il fit la taille avec le plus grand bonheur, et qui savait depuis lors que, si la prostate n'est qu'enflammée, l'incision périnéale, loin d'ajouter à la phlogose y met souvent un terme en la ravivant et lui imprimant une marche franche et régulière. Il se décida donc pour la lithotomie. Une potion opiacée et une simple saignée ont conjuré l'orage, et le malade n'a pas même éprouvé le moindre accident. Ce fait prouve que la taille et la lithotritie ne sont pas deux opérations dont l'une puisse indistinctement être substituée à l'autre. A chacune d'elles se rapportent une foule d'indications et de contre-indications que l'on n'a pas suffisamment appréciées; de là viennent toutes les discussions que cette grande question chirurgicale a entretenues dans le sein de l'Académie. Le traitement qu'a subi le taillé, c'est-à-dire la potion opiacée et la saignée, résument surtout un principe mis en usage par M. Serre : à l'école de Montpellier, la douleur n'est pas toujours de l'inflammation ; on sait y distinguer la douleur *mère de l'inflammation*, d'avec la douleur *fille de l'inflammation* ; en faisant avorter *la mère*, on n'a pas affaire à ce dont elle allait *enfanter!* Pardonnez-moi ces expressions, elles rendent l'idée que l'on a ici de l'inflammation ; je m'étendrai du reste sur ce sujet, dans une prochaine lettre, à l'occasion des travaux et cours de l'auteur des *Lettres sur l'encéphale*, M. Lallemand ; du vénérable M. *Lordat*, auteur de l'*Exposition de la doctrine médicale de Barthez* dont il vient de se montrer si habile défenseur dans sa récente publication sur la *Perpétuité de la Médecine*, dont vous avez déjà rendu compte dans le dernier numéro de l'Encyclographie. J'aurai également à vous entretenir de la Clinique médicale de MM. *Caizergues* et Broussonnet ; du Cours de pathologie chirurgicale et opératoire de M. *Dugès* ; des travaux anatomiques de M. *Dubrueil* ; des Leçons de médecine légale que M. *René* sait rendre si attrayantes; j'aurai aussi à vous parler du Cours de chimie, cours si plein d'intérêt, donné par M. *Duportal*. Je consacrerai plus tard (et toujours si ma santé ne s'y oppose pas) quelques lettres à la Clinique d'accouchements de M. le professeur *Delmas*; mais je m'occuperai le plus tôt possible des publications et cours de M. Ribes, *sur la doctrine médicale de la vie universelle*, doctrine fondée par lui.

Mais revenons à la clinique de M. Serre; il s'agit cette fois d'une opération que dut subir un jeune homme chez lequel le canal de l'urètre était presque complétement oblitéré : ce malade avait été l'objet des soins assidus d'un chirurgien distingué qui n'avait jamais pu parvenir à le sonder, M. Serre, dut également y renoncer. Le malade urinait à travers une ouverture fistuleuse qui existait à la région du périnée. Le tout était survenu à la suite d'un coup violent que ce malade s'était fait donner par un ami, pendant que la verge était en érection et durant le cours d'une *chaude-pisse cordée*. M. Serre sentit qu'il ne pouvait être question ni de dilater l'urètre, ni d'introduire aucune espèce de sonde et qu'il avait affaire à une véritable cicatrice dont la coarctation successive avait presque oblitéré le conduit génito-urinaire. Le canal incisé au-dessus du rétrécissement, fut mis ainsi à nu, un stylet cannelé devait être introduit dans sa cavité et le rétrécissement était si fort que l'ouverture qui devait servir de guide ne put être découverte, et qu'il fallut pratiquer une nouvelle incision à 1 pouce au-dessous, et au milieu des bourses pour retrouver la suite du canal de l'urètre. Cela fait, le rétrécissement fut incisé, la continuité du canal rétablie, et une sonde placée à demeure. La cicatrice s'est formée autour de cette sonde, la fistule du périnée s'est oblitérée, et le malade a pu uriner par les voies naturelles, en ayant toutefois la précaution de mettre de temps en temps une sonde dans la vessie.

Tel est, mon cher confrère, le récit fidèle des succès étonnants de M. Serre ; je les appelle étonnants, parce qu'il ne peut y avoir à Montpellier ni *tricherie* ni *fraude*, sur les insuccès. Le savant professeur dont je vous ai entretenu aujourd'hui, et dont je continuerai à vous transmettre la clinique, pour le *Bulletin médical belge* ne voit pas seulement dans le médecine opératoire, l'art de faire des opérations ; le talent du chirurgien consiste parfois à s'en dispenser. Le succès d'une entreprise chi-

rurgicale ne dépend pas tant de la manière dont on l'exécute, que du soin que l'on apporte, comme MM. Serre et Lallemand, dans l'appréciation des indications ou des contre-indications qui se présentent, et de celui que l'on met à combattre et mieux encore à prévenir les accidents qui trop souvent viennent la compliquer; enfin, l'opération est un moyen extrême auquel on ne doit jamais avoir recours qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Tels sont les principes que M. Serre inculque dans l'esprit des nombreux élèves qui encombrent ses salles de clinique.

FLORENT CUNIER.

Montpellier, 15 mars 1837.

PHRÉNOLOGIE.

—

RÉCLAMATION.

Monsieur le Rédacteur,

Ayant cessé de recevoir l'Encyclographie des sciences médicales depuis le cahier de décembre dernier, c'est seulement depuis hier que j'ai eu connaissance de l'article de M. Marcq de Charleroy, intitulé *Phrénologie* et inséré au *Bulletin médical* de janvier. Cet article me paraît exiger une réponse; je la ferai aussi courte que possible et je vous prierai de vouloir bien lui donner place dans le bulletin prochain.

M. Marcq est de fort mauvaise humeur de n'avoir pas réussi à faire adopter par le congrès médical la proposition qu'il lui a soumise dans la séance du 25 septembre : ce n'est pas la première fois que les journaux retentissent de ses plaintes à ce sujet; mais jusqu'à présent il s'était borné à attaquer ses adversaires en masse sans en désigner aucun nominativement. Dans son dernier article il en prend deux à partie et les nomme tout au long; ses accusations générales n'ont pas satisfait son dépit, il lui a fallu des personnalités. Vraiment c'est se mettre en grande colère pour un bien futile motif; mais n'importe, il est maintenant démontré, d'après M. Marcq, que si le congrès médical s'est prononcé contre sa proposition, c'est que M. Bigot et moi, *orateurs insidieux*, nous avons communiqué au congrès une *passion* très-manifeste contre la question sur laquelle on délibérait, ce qui fait que le jugement porté par ce corps n'est pas, selon M. Marcq, conforme à l'expérience et à la raison.

J'ignore si M. Bigot acceptera l'éloge que l'on adresse à son éloquence, mais pour moi, c'est me faire trop d'honneur que d'attribuer à mes qualités oratoires, tant de puissance et tant d'influence sur mes estimables collègues; j'ai trop de modestie pour prendre ce compliment au pied de la lettre et crois tout simplement que si le congrès m'a donné gain de cause, c'est qu'il a trouvé mes raisons meilleures que celles de M. Marcq; car je ne sache pas que j'aie *passionné* le congrès contre sa proposition et qu'un esprit d'hostilité contre sa personne ou ses opinions ait inspiré ou dicté la décision qui a été prise. Quoiqu'il en soit, M. Marcq se déclare mal jugé et il appelle de l'opinion du congrès à l'opinion publique : rien ne s'y oppose; et, bien que je ne croie pas plus à l'infaillibilité de l'un qu'à l'infaillibilité de l'autre, je suivrai mon adversaire sur le terrain où il s'est placé.

Qu'il me soit permis avant tout de rappeler sommairement les faits. Le 25 septembre dernier M. Marcq lut au congrès un mémoire sur la nécessité de cultiver l'étude de la phrénologie; il le termina en proposant à l'assemblée d'émettre le vœu qu'il fut créé une chaire de phrénologie dans nos universités.

Dans la séance du 28 septembre la discussion de cette proposition étant mise à l'ordre du jour, je m'opposai à son adoption et, après d'assez longs débats, la proposition fut rejetée; notez bien toutefois qu'il n'était pas question du discours écrit, mais seulement des conclusions *verbales* que M. Marcq avait ajoutées au bout. C'est dans la séance du 25 qu'un ou plusieurs membres avaient combattu les principes établis dans le mémoire, mais je n'ai pas à m'occuper de cette discussion à laquelle je n'assistai pas; car je n'ai pris part qu'à celle du 28 dans laquelle le seul point en litige a été la proposition, sans qu'il fut fait la moindre mention des principes, ou des doctrines exposées dans le mémoire.

Maintenant, avant de rappeler les termes du procès-verbal de cette partie de la séance, termes sur lesquels ergote M. Marcq, je dois déclarer que l'opinion que j'ai émise en cette occasion a été fort incomplétement rendue; ainsi cette discussion, à laquelle plusieurs membres ont pris part et qui a duré près d'une heure, est dans le procès-verbal reproduite en quelques lignes et l'on n'y met en scène que deux interlocuteurs. C'est d'après ces très-incomplètes données que M. Marcq a écrit toute la partie de son article qui me concerne. N'ayant pas assisté à la première séance de la commission permanente dans laquelle a été lu et adopté le dernier procès-verbal, je pourrais répondre à M. Marcq qu'il s'est donné beau jeu en m'attaquant sur les paroles que m'a prêtées une rédaction écourtée et inexacte en quelques points; mais je n'userai pas de cette fin de non-recevoir et je ne désavouerai aucune des cinq lignes qui composent mon discours *passionné*, pourvu qu'on me permette de les expliquer à qui ne veut pas les comprendre.

Voici ce que rapporte le procès-verbal de la séance du 28 septembre :

« On met ensuite en discussion la proposition de M. Marcq relative à la fondation d'une chaire de phrénologie *dans les universités du gouvernement*.

» M. B. la croit inutile parce que la phrénologie n'est pas assez avancée et n'a pas acquis, pour ainsi dire, droit de bourgeoisie dans la science et qu'elle est appuyée sur un trop petit nombre de faits *pour que le gouvernement accueille la proposition*.

» M. D. dit que lorsque M. Marcq a lu son mémoire, personne dans l'assemblée n'a contesté l'utilité de la phrénologie; que cette science au contraire possède beaucoup de faits et que si la doctrine est obscure, comme M. B. l'a fait entendre, la fondation d'une chaire destinée à l'enseigner serait un moyen de l'éclairer et de lui faire faire des progrès.

» La proposition de M. Marcq étant mise aux voix, la majorité se prononce contre son adoption. »

Le procès-verbal ne dit rien de plus; toute la discussion est renfermée dans cet étroit espace; mais je maintiens ce que l'on m'a fait dire, à plus forte raison ce que j'ai dit. Prenons en effet les cinq lignes de mon *discours* et développons-en le sens. J'ai cru et je crois

encore qu'il était *inutile* que le congrès *adoptât* la proposition de M. Marcq, parce que le gouvernement n'y aurait point égard et que ses motifs pour n'y avoir point égard seraient que la phrénologie, malgré ses progrès, n'en est pas encore au point d'avoir acquis son admission dans la science, les faits concluans sur lesquels elle a besoin de s'appuyer pour obtenir cette admission étant jusqu'à présent en trop petit nombre. Tel était exactement le fond de ma pensée dans la discussion du 28 septembre, tel il est encore. Voyons si cette opinion est si erronée.

Le congrès médical se compose d'hommes de la science qui se réunissent pour éclairer de leurs mutuelles lumières un point de doctrine, ou pour signaler par l'expression de leurs vœux une amélioration à introduire dans l'organisation scientifique. Au sein du congrès la liberté entière de discussion est indispensable; on peut, on doit lâcher la bride à toutes les opinions qui ont le droit de se produire et de se développer à leur aise ; mais dès que le congrès sort de la discussion intérieure, dès qu'il se produit au dehors comme corps scientifique, dès qu'il formule et émet des vœux sur tel ou tel sujet, alors il est soumis à certaines obligations de convenance et de position dont il ne doit pas se départir. Dans la discussion des doctrines on ne prend aucune conclusion, parce que chacun des membres conclut individuellement sur les opinions exposées; dans l'émission des vœux au contraire il y a une conclusion générale, une conclusion dont le congrès entier accepte et prend la responsabilité morale. Non-seulement alors le congrès est juge, et doit l'être, de la valeur intrinsèque d'une proposition, mais il l'est encore et doit l'être de son opportunité. Il ne suffit pas, pour que le congrès adopte une proposition, qu'elle soit bonne dans le fond; elle doit être aussi bonne dans la forme, et dans la question de forme je fais rentrer celles de l'à-propos et de la probabilité de mise à exécution.

Ces diverses considérations n'ont pas échappé, le 28 septembre, à la majorité du congrès, qui n'a pas décidé, quoiqu'en dise M. Marcq, *qu'il n'était* ni bon ni utile de répandre par la voie de l'enseignement les *connaissances* de la phrénologie, mais qui a seulement déclaré d'une manière implicite que le mode proposé par M. Marcq ne lui paraissait pas devoir réussir, ou soulèverait un trop grand nombre d'objections. Sans rien décider sur les doctrines phrénologiques en elles-mêmes il s'est borné à émettre l'opinion que la phrénologie n'avait pas encore acquis une telle certitude, que les faits sur lesquels elle s'appuie n'étaient pas tous assez concluants pour que le gouvernement pût faire enseigner officiellement dans ses universités une science qui, aux yeux d'un grand nombre de médecins et de physiologistes livrés à son étude, n'en est point une réellement.

Ce n'est pas, en effet, au gouvernement à devancer les hommes de science sous le rapport de l'enseignement. Que les savants commencent par se mettre d'accord sur l'existence même de la science et alors le gouvernement avisera. Mais que voulez-vous qu'il fasse au milieu de tant d'opinions divergentes, toutes également exposées d'une manière rationnelle, toutes également respectables par le caractère et la bonne foi de ceux qui les soutiennent. M. Marcq n'a-t-il pas rapporté lui-même les paroles de M. Rochoux qui signale le système phrénologique comme le plus grand mécompte scientifique qu'ait vu notre époque. Tels médecins ont déclaré que les crânes de Lacenaire et d'Avril donnaient un démenti au système, tels autres ont au contraire annoncé que le système y trouvait une nouvelle confirmation : auxquels se fier? Il est vrai que M. Marcq a tranché la difficulté en donnant raison à ceux-ci contre ceux-là, mais le gouvernement n'est pas obligé de croire M. Marcq sur parole; que faut-il donc qu'il fasse? parbleu! qu'il s'abstienne jusqu'à ce que les anti-phrénologistes soient acculés dans leurs raisonnements et convaincus par leurs adversaires; jusqu'à ce que certains phrénologistes aient cessé de résoudre des difficultés par des jeux de mots ou de fonder l'existence d'un organe et d'une faculté sur une équivoque; jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible de trouver sur le buste d'un grossier lutteur pris pour celui de Démosthènes toutes les saillies crâniennes qui se rapportaient merveilleusement aux facultés oratoires et au caractère de l'illustre athénien; jusqu'à ce qu'enfin M. Marcq attribue au défaut d'équilibre entre la faculté de bonté et celle du penchant au meurtre dont était, dit-on, doué Lacenaire une cause moins singulière que celle que son mémoire a signalée (1).

Jusqu'à présent, malgré les nombreux travaux des phrénologistes, on ne peut pas dire que la phrénologie se soit constituée en corps de science; on a accumulé beaucoup de faits sans doute, mais la plupart sont à revoir, à vérifier et à comparer de nouveau avec des faits analogues ou contradictoires : ne sait-on pas que lorsqu'une science est au berceau on accueille trop facilement des faits incomplets ou inexacts par cela seul qu'ils paraissent lui être favorables? Il faut qu'un sage esprit de critique, qui sache se tenir également éloigné des préventions et de l'enthousiasme, discerne la valeur absolue et relative de chacun des faits et sépare l'erreur de la vérité.

Mais M. Marcq va de nouveau me reprocher de ne pas fournir des preuves à l'appui de mon argumentation.

---

(1) « On observe, dit M. Marcq, sur le crâne de Lacenaire une proéminence assez manifeste de l'organe de la bonté, ce qui ne s'allie guère avec ses vices et son instinct sanguinaire; mais l'organe du penchant au meurtre est tellement dominant, qu'il est *facile* de se rendre raison de la fatale influence qui a restreint son libre arbitre et a fait *taire* en lui tout ce que pouvait de bien cette faculté heureuse, *honteuse sans doute de se trouver en si mauvaise compagnie* (*Bulletin méd.* belge, n° de septembre 1836, p. 248).

Certes il est *facile* de tout expliquer si des explications pareilles suffisent pour produire des convictions. Je me charge de concilier les contradictions organiques les plus patentes, pourvu que l'on me promette de ne pas se récrier contre de tels tours de force d'esprit. Comment, en effet, cette bonne, timide et frêle faculté aurait-elle tenu tête aux penchants, aux vices insolents et robustes dans le voisinage desquels elle était placée? Aussi vous la voyez se pelotonner dans son coin et garder un prudent silence, *honteuse*, on le serait à moins sans doute, *de se trouver en si mauvaise compagnie !!!* Nous en eussions tous fait autant; mais il faut avouer que cette mauvaise honte de l'organe de la bonté laissant le champ libre aux facultés méchantes a été bien fatale à Lacenaire.

M. Marcq m'a demandé combien il faudrait de faits selon moi pour faire accorder à la phrénologie le droit de bourgeoisie dans la science : je demanderai à mon tour quel aurait dû être le volume de l'organe de la bonté, selon M. Marcq, pour qu'il prédominât sur les mauvais penchants. *Voilà ce qu'il aurait dû nous dire.*

Ce serait cependant une assez étrange prétention de sa part. Comment ! pour déclarer que la phrénologie n'est pas encore une science faite, et constituée, j'aurais besoin d'écrire un ouvrage didactique sur ce sujet et de prouver ce que j'avance point par point, fait par fait ! Allons donc ! on ne peut pas faire ainsi table rase de tout ce qui a été écrit et dit, de ce qui s'écrit et se dit chaque jour contre le système phrénologique ; c'est là que sont mes preuves, c'est là que le congrès a cherché les siennes pour asseoir son jugement sur la question. Mais M. Marcq n'admet pas ces preuves qui, selon lui, sont aisément et complétement réfutables, je veux bien le croire ; cependant ceux qui les énoncent et les soutiennent ne sont pas de cet avis. D'ailleurs, je ne suis ici, de même que le congrès, ni pour ni contre la phrénologie ; la seule déduction que je veuille tirer de cette opposition flagrante c'est que la science *n'est pas tellement avancée que l'État puisse actuellement en prescrire l'enseignement dans ses univerités*. Et pour démontrer la justesse de cette manière de voir, seul objet en discussion, je n'ai qu'à signaler les opinions si diamétralement contraires que des hommes d'un égal mérite professent sur la phrénologie.

Et remarquez que le congrès par sa décision n'a pas prétendu qu'il ne fallait pas s'occuper du système phrénologique dans les universités de l'État, seulement il n'a pas voulu émettre le vœu qu'il fût fondé une chaire *spéciale* de phrénologie dans ces universités ; car les dix-sept lignes consacrées par le procès-verbal à la discussion n'ont pas reproduit cet argument de plusieurs interlocuteurs, savoir : que l'enseignement de la phrénologie rentrait dans les attributions actuelles du professeur de physiologie.

J'ignore quelle est l'opinion de M. Marcq sur le magnétisme animal ; peut être croit-il avec un grand nombre de médecins recommandables que ce n'est qu'une billevesée indigne de fixer un instant les esprits serieux ; peut-être au contraire partage-t-il les vues d'autres médecins non moins instruits qui reconnaissent aux phénomènes du magnétisme une existence réelle et admettent sans hésiter ceux même qui paraissent les moins vraisemblables. Quoiqu'il en soit et dans la supposition que M. Marcq appartienne à la classe des croyants, il avouera, je pense, que l'on serait mal venu de proposer au gouvernement l'institution dans nos universités d'une chaire spéciale, destinée à enseigner et à propager les doctrines du magnétisme. Les faits rerecueillis sont en grand nombre certainement, on en recueille tous les jours; cependant la science du magnétisme animal est encore à faire ; par conséquent, elle ne peut, en bonne logique, devenir la matière d'un enseignement en quelque sorte officiel. Or, l'opinion que j'émets sur cette question ne me constitue pas plus l'adversaire des partisans du magnétisme que mon opposition à la chaire de phrénologie ne peut me faire déclarer l'ennemi de cette doctrine et des *hommes à front large et élevé*.

Quant aux opinions de M. Bigot, je n'ai point à m'en occuper, elles lui appartiennent et je ne veux ni ne dois en être solidaire. C'est donc à tort que dans plusieurs passages de son article, M. Marcq a cherché à nous combattre tous les deux par les mêmes arguments. Encore une fois, je n'ai pas dit que la phrénologie fût jusqu'à présent sans valeur, et je n'ai pas prétendu être parvenu à saisir la réfutation complète de la physiologie du cerveau. Les paroles que m'attribue ici M. Marcq et contre lesquelles je proteste, ont un sens absolu, et l'opinion que j'ai émise n'a qu'un sens relatif. M. Marcq est trop expert logicien pour ne pas avouer qu'il a commis dans cette circonstance le VIIe sophisme de l'école : *a sensu composito ad sensum divisum*.

Si M. Marcq s'était borné à proposer au congrès d'émettre le vœu que les médecins fissent de la phrénologie l'objet de leurs études plus spéciales, que des sociétés phrénologiques s'organisassent, que les professeurs de physiologie dans nos universités consacrassent une partie de leur cours à l'enseignement de ce qui constitue actuellement le système, que le gouvernement accordât même des subsides pour donner les moyens de faire de nouvelles expériences, le congrès n'eût pas repoussé cette proposition ; mais selon moi il a agi sagement en rejetant celle que M. Marcq lui a soumise.

Je ne suis pas le défenseur à outrance du congrès, cependant je dois déclarer que je n'aperçois point de contradiction dans ses décisions opposées sur les propositions de M. Marcq et de M. Delstanche. D'après les termes dans lesquels cette dernière proposition est rédigée on reconnaît aisément qu'elle est toute actuelle, tandis que celle de M. Marcq ne peut avoir d'effet relativement à elle que dans un temps plus ou moins éloigné. Et de vrai, quel rapport y a-t-il entre la nomination d'un professeur, qui ne pourra former des élèves instruits qu'après plusieurs années d'enseignement, et l'invitation adressée au législateur de se *hâter* de réviser le code criminel. M. Marcq, pour lui répondre par la seule plaisanterie que je me permettrai, serait-il dépourvu de la faculté n° 31, malgré *le front large et élevé* que je suis prêt à lui reconnaître.

J'ai voté contre la proposition de M. Delstanche parce qu'elle m'a paru comme celle de M. Marcq venir avant son temps utile ; la majorité de l'assemblée en a jugé autrement ; elle a cru que même dans l'état incomplet de la phrénologie, les médecins psycologistes pourraient être consultés avec avantage par le législateur lors même qu'ils n'auraient que des doutes à proposer. Quoi qu'il en soit de cette opinion, je ne remarque là aucune contradiction avec la décision précédente.

Je termine ici cette lettre beaucoup trop longue ; vos lecteurs vous sauront mauvais gré d'avoir accueilli dans vos colonnes cette fastidieuse défense dont ils se soucient fort peu ; mais, attaqué par M. Marcq, j'avais besoin de présenter mon apologie pour que mes opinions dénaturées par lui, sans doute involontairement, fussent rétablies selon la vérité.

Au surplus, je suspendrai ici toute polémique ; je m'attends bien à une réponse, mais je vous ferai grâce de la réplique. Puisque mon adversaire se plaît à citer des autorités, j'en citerai une aussi ; je lui dirai donc avec Rousseau que je ne puis me persuader que pour avoir raison on soit obligé de parler le dernier et je vous assure que je n'ai ni le désir ni la prétention d'avoir le dernier mot avec M. Marcq.

Bruxelles, 29 mars 1837. Agréez, etc.

PH. BOURSON.

—

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

FÉVRIER 1837.

N° 14. — 2 FÉVRIER.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. BOUILLAUD.

Résumé des cas de rhumatisme articulaire aigu qui se sont présentés depuis le 1er septembre 1835 jusqu'au 1er avril 1836.

(Par M. le docteur JULES PELLETAN, ex-chef de clinique, médecin du bureau central des hôpitaux).

(Suite du numéro précédent, t. XIV.)

— Dans la troisième observation, il s'agit d'un jeune garçon épicier de dix-sept ans, d'un tempérament lymphatique, habitant un lieu sec, et qui fut pris le 3 décembre de douleurs dans les pieds, puis avec plus d'intensité dans tout le membre inférieur droit et le genou gauche. On ne sait pas quel jour il entra à l'hôpital. Voici le traitement employé :

1re saignée de 3 palettes, le 7 décembre.
2e saignée de 3 palettes, le 8.
3e saignée de 4 palettes, le 9.
4e et dernière saignée le 10; plus, 15 sangsues au poignet droit.

Légère amélioration à la suite de ce traitement. Du 13 au 23, état à peu près stationnaire, quoique beaucoup moins douloureux. Enfin le 23, 15 sangsues enlèvent la tuméfaction et la douleur du genou gauche.

Le 26, douleur nulle part. Ainsi donc, durée du traitement, du 7 au 26 décembre, 19 jours.

Dans cette observation, on n'a employé qu'une moitié de traitement; et si les saignées eussent été plus rapprochées, elles eussent été plus efficaces; puis on est resté pendant 10 jours sans rien faire, du 13 au 23, et la maladie a été pour ainsi dire livrée à elle-même, ce qui explique pourquoi le traitement a duré 19 jours.

— La quatrième observation contient l'histoire d'un blanchisseur de vingt-deux ans On ne dit pas s'il a été exposé au froid humide ni à un refroidissement. Il est né d'un père rhumatisant, et cela suffit.

Le 23 novembre il commence à souffrir des membres inférieurs et se couche le 25. *Il entre le* 30 à l'hôpital, *Toutes les articulations* des membres inférieurs et l'épaule droite sont prises. Le pouls est à 100; il n'y a rien au cœur. Voilà l'état; voyons le traitement.

1 saignée de 6 palettes le 30 novembre.
1 saignée de 3 palettes le 1er décembre.
1 saignée de 4 palettes le 2 décembre.
« Les douleurs ont beaucoup diminué; le 3, pouls à 88. »

Le 4, l'épaule et le poignet gauches sont seuls douloureux. 1 bouillon.

Le 8, *toutes les douleurs ont cessé*. Pouls à 56.

Entré le 30 novembre, guéri le 8 décembre.

Durée du traitement, 9 jours.

Dans ce cas, où la cause du rhumatisme articulaire a été omise, mais où l'on peut bien facilement la soupçonner, on voit *toutes* les articulations des membres inférieurs et l'épaule gauche envahis, et un traitement plus énergique que dans le cas précédent, terminer la maladie en 9 jours.

Je dis traitement plus énergique, et ici il faut s'entendre, car on pourrait encore faire de mauvaises objections qu'il est important de prévenir. Ce sont surtout les saignées fortes, mais surtout pratiquées dans un espace de temps plus court qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, qui font *la base* et l'efficacité du traitement proposé par M. Bouillaud, et qui peuvent lui faire donner la qualification d'énergique.

Ainsi, dans ce cas, la saignée de 6 palettes, pratiquée le premier jour, a été plus utile pour la guérison de la maladie que deux saignées de 3 palettes qu'on aurait faites en deux ou trois jours. C'est dans ce point important que gît toute l'efficacité de cette médication, et c'est ce qu'il faut bien comprendre une fois pour toutes.

Cette observation démontre donc d'une manière bien pressante l'utilité d'un traitement antiphlogistique énergique, puisqu'en neuf jours le rhumatisme est guéri, plutôt encore par la manière dont les saignées ont été combinées que par la totalité du sang enlevé.

Cette observation est une de celles sur lesquelles on s'appuie pour combattre l'efficacité des saignées fortes et rapprochées.

— Dans la cinquième observation, il s'agit encore du malade précédent, qui est repris quelque temps après sa sortie. Il s'alite le 31 décembre; il éprouve de la fièvre; l'épaule et le genou gauches sont envahis. Le 1er janvier, saignée de XIV onces. A l'entrée, le 5 janvier, l'épaule, le pied gauche et les deux genoux sont tumé-

flés. Il n'y a rien au cœur. Une saignée d'une livre. Le 16 les douleurs sont grandement diminuées. On commence à alimenter le malade. Les douleurs persistent au genou jusqu'au 20. Le malade sort guéri le 22.

Cette observation, du reste fort incomplète, ne prouve rien ni pour, ni contre la méthode des émissions sanguines répétées. La douleur qui a persisté au genou jusqu'au 20 était fort légère, puisque le malade prenait des aliments, et puisqu'il est sorti le 22, c'est-à-dire deux jours après sa cessation.

La seule induction qu'il soit permis raisonnablement de tirer de ce fait, c'est que dans ce cas peu intense, il n'existait pas d'endo-péricardite coexistante, et ce fait confirme en cela ce que M. Bouillaud a observé.

— Dans la sixième observation figure un homme de 40 ans, d'une forte constitution, commissionnaire; il s'est refroidi le 8 décembre, et le 9 il a commencé à souffrir des deux genoux. Il a continué encore ses travaux quatre à cinq jours. Plusieurs articulations ont été envahies; il a pris chez lui un bain de vapeur. Entré le 19. Son pouls est à 100. Les genoux et le poignet droit sont douloureux et un peu tuméfiés. Saignée d'une livre.

Le 20, les douleurs ont diminué, excepté au genou droit. 15 sangsues à ce genou.

21. Même état. Saignée de 20 onces (1 livre 1/4).

22. Le malade se lève, marche; il n'a plus de fièvre; il est convalescent.

Jusqu'au 8 janvier, il se plaint de légères douleurs à l'épaule, au poignet droit et au genou gauche.

Il sort le 11.

Cette observation ne semble-t-elle pas être faite pour appuyer entièrement les idées que l'on peut combattre? Un homme fort se refroidit, le lendemain il est pris de douleurs; elles augmentent peu à peu; alors la fièvre s'allume. A l'entrée, trois articulations sont prises. On pratique une forte saignée; le lendemain, grand soulament. On ordonne quelques sangsues sur la seule articulation qui reste douloureuse; l'effet est nul. On pratique alors une forte saignée, et toute l'intensité de l'inflammation s'éteint; il ne reste plus que quelques légères douleurs. Alors on s'arrête, et au lieu de recourir encore à une abondante saignée qui aurait fait disparaître les derniers et faibles reliquats de l'affection, on les voit persister encore pendant dix-neuf jours, après quoi le malade sort guéri. Eh bien en vérité, le rhumatisme n'a-t-il pas été pour ainsi dire arrêté par ces deux fortes saignées faites les trois premiers jours, et tout bon esprit n'acceptera-t-il pas comme évident, qu'en jugeant du bien qu'on aurait fait par l'amélioration déjà obtenue, une ou deux saignées de plus auraient détruit les légères douleur qui empêchaient de regarder l'affection comme entièrement guérie?

Ainsi, second fait en faveur des idées que l'on veut attaquer.

— La septième observation, à laquelle j'arrive, est encore plus remarquable.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, domestique, forte, d'une bonne santé, bien réglée, née de parents sujets aux rhumatismes; elle ne s'est pas refroidie.

Le 29 novembre, elle éprouve quelques douleurs lombaires; le 30, les genoux sont douloureux. Entrée le 1er décembre. Les douleurs lombaires et dorsales persistent; toutes les articulations des membres inférieurs sont douloureuses, et quelques-unes tuméfiées. Le pouls est à 100, fort et dur; il n'y a aucun bruit anormal au cœur. A cause des seins, on ne distingue pas de voussure. Voici le traitement employé.

1 saignée de 4 palettes le 1er décembre.
1 saignée de 3 palettes le 2.
1 saignée de 7 palettes 1/2 (30 onces) le 3.
1 saignée de 4 palettes (15 onces) le 4.

Du 6 au 8, le pouls tombe de 84 à 64; douleurs partout très-supportables. On alimente la malade.

Le 9, les douleurs ont complétement cessé.

Durée du traitement, 8 *jours*.

Voilà pourtant encore une observation donnée pour prouver que les saignées répétées et copieuses ne sont point aussi utiles dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu qu'un traitement antiphlogistique plus modéré.

Je m'abstiens ici de faire d'autres réflexions.

— La huitième observation est l'histoire d'un garçon marchand de vins, qui a déjà eu deux attaques de rhumatisme le 22 décembre, *sans s'être refroidi*. Son genou droit devient douloureux. Entré le 27. Douleurs aux épaules, aux genoux et aux poignets; ces derniers sont gonflés. Pouls à 112, large et dur. Rien au cœur pour le moment. (Une saignée d'une livre).

Le 28, pas de changement. Saignée de 3 palettes.

Le 30, toutes les douleurs ont cessé complétement.

Cette observation ne prouve encore rien, ni pour le système que l'on soutient, ni contre celui que l'on attaque. En effet, un malade arrive avec plusieurs articulations entreprises; deux fortes saignées sont faites, et en trois jours il est convalescent.

Si ce n'est pas là juguler une maladie, on ne pourra jamais, je crois, s'entendre; il est vrai qu'elle a cédé après deux saignées, mais qu'importe, il est évident qu'on ne devait plus continuer à saigner lorsqu'il n'existait plus de symptômes à combattre. Ainsi, certaines pneumonies ont guéries par les émollients ou par une saignée, faudra-t-il pour cela ériger en règles qu'elles guérissent mieux et plus vite lorsqu'on les traite ainsi? ce serait d'un fait vrai tirer une fausse conséquence; car les cas légers, par cela seul qu'ils sont légers, sont assez faiblement traités, et, par la même raison, se terminent plus promptement. Faudra-t-il pour cela ériger en loi thérapeutique, que moins on fait contre une maladie, plus vite elle guérit? Cet argument porterait à faux; c'est cependant en vérité à quoi se réduit, en définitive, tout ce qu'on a dit contre les saignées répétées.

Quant à l'observation isolée publiée dans le n° 20 (année 1836), du Journal Hebdomadaire, je ne pense pas qu'on ait voulu compter ce cas, puisqu'il s'est terminé par la mort.

Je m'abstiendrai donc de le discuter; je me bornerai à rappeler qu'il s'agissait d'une jeune fille de 27 ans, d'un tempérament lymphatique, et à laquelle on retira environ 9 livres de sang par 8 saignées. Sans nullement prétendre juger ce qui a été fait dans cette circonstance, je me bornerai à rejeter toute espèce de solidarité entre cette méthode de traitement et celle qu'emploie le professeur de la Charité.

J'ai fait voir sur quels faits on s'appuyait pour combattre une opinion grave, et appuyée par cinq années d'une observation pénible et consciencieuse.

J'ajouterai encore un mot au sujet du parallèle établi par M. Chomel, entre ses faits et ceux de la clinique de la Charité.

Au bas du tableau qui a été invoqué, tableau d'après

lequel la durée moyenne du rhumatisme est évaluée à 19 jours, on a eu le soin d'ajouter que l'on ne portait ici comme guéris que ceux qui n'avaient plus de fièvre et qui mangeaient le quart, la demie ou les trois quarts d'aliments. Or, je le demande, est-ce aussi de ce point que l'on est parti, dans les cas qu'on a cités, pour compter la durée totale de l'affection? Evidemment non.

Ainsi donc, nulle parité parmi les faits, et moyens d'attaques tout à fait insuffisants; telles sont les conclusions auxquelles j'arrive à la fin de cette discussion.

Dans un dernier article, j'examinerai quelques-unes des autres questions qui se rattachent à l'histoire du rhumatisme articulaire aigu.

N° 15. — 4 FÉVRIER.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

M. Rostan.

Quel parti la pratique peut-elle tirer de la connaissance des bruits du cœur à l'état physiologique et pathologique?

Laënnec expliquait les bruits du cœur en rattachant leur production au phénomène de contraction des parois de cet organe. Ayant analysé avec soin, et en observateur habile, la nature, l'intensité, l'éclat de ces bruits, il établit que le bruit clair coïncide avec la contraction des parois auriculaires, que le bruit sourd accompagne la contraction des parois ventriculaires.

Si l'on appréciait l'épaisseur relative des parois de ces cavités, on se rendrait parfaitement compte de la clarté, de l'instantanéité du bruit auriculaire, de la gravité et de la profondeur du bruit ventriculaire.

Cette théorie ne domina pas longtemps dans la science; M. Turner en Angleterre, MM. Pigeaux, Despines, Rouannet, Bouillaud, Magendie, Beau en France, MM. Hope, Corigan et autres attaquèrent par des arguments nombreux l'explication donnée par le célèbre auteur de l'auscultation médiate, et démontrèrent le peu de fondement de sa théorie.

Les observateurs nombreux qui prirent part à cette discussion ne se bornèrent point à renverser ainsi les conceptions un peu hasardées d'un homme de génie, ils entrèrent en lice la plupart armés d'une théorie nouvelle; aussi, sur ce sujet, les opinions les plus contradictoires ont été soutenues.

Les uns ont trouvé la cause des bruits du cœur dans le choc de la colonne sanguine contre les parois, d'autres dans les mouvements de dilatation et de contraction; ceux-ci dans l'abaissement, le redressement des valvules; ceux-là dans le choc de la pointe et de la base du cœur contre la paroi thoracique; quelques-uns dans l'entrechoquement, la collision des molécules sanguines à l'intérieur des cavités de l'organe central de la circulation.

On a tour à tour invoqué en faveur de ces diverses opinions les lois de la physique, les principes de l'anatomie, de la physiologie; un long débat s'est établi; la lice est encore ouverte; car on ne pourrait pas citer une opinion qui ait obtenu l'assentiment général.

Quel parti prendre en présence de ces nombreuses difficultés? Les différents travaux qui se sont succédé sur cette matière ont-ils ajouté à nos connaissances touchant les maladies du cœur? C'est au lit des malades, c'est en vue des exigences de la pratique qu'il convient de répondre à ces questions embarrassantes.

M. Rostan, qui n'a point la prétention d'émettre une nouvelle théorie des bruits du cœur, s'est efforcé, par un rapprochement bien simple, d'élucider le diagnostic des maladies du cœur.

Partant d'un principe jusqu'à ce jour incontesté, et qui ne nous paraît point contestable, il a voulu reconnaître les diverses lésions qui sévissent sur les organes centraux de la circulation.

M. Rostan pose en principe que l'impulsion, la diastole artérielle, le mouvement du pouls se fait presque immédiatement après la systole ventriculaire. Cette base étant posée, il arrive aux déductions suivantes :

1° Si le bruit anormal se manifeste comme phénomène de coïncidence avec la diastole artérielle, on peut le rattacher à un obstacle portant sur l'orifice ventriculo-artériel, ou à une insuffisance portant sur l'orifice auriculo-ventriculaire.

2° Si le bruit anormal alterne notablement avec la diastole artérielle, il résulte ou d'un rétrécissement à l'orifice auriculo-ventriculaire, ou d'une insuffisance portant sur les valvules sigmoïdes. Usant ensuite des moyens de diagnostic qui ont été exposés par un grand nombre d'auteurs, et dernièrement par M. Littré, suivant que le bruit anormal se prolonge plus ou moins vers le côté droit ou vers le côté gauche, M. Rostan le rattache à une lésion du cœur veineux ou du cœur artériel. Une dernière difficulté reste, celle qui porte sur le diagnostic entre le rétrécissement à l'orifice ventriculo-artériel et l'insuffisance auriculo-ventriculaire, entre le rétrécissement à l'orifice auriculo-ventriculaire et l'insuffisance des valvules sigmoïdes. M. Rostan ne peut partager l'opinion de ces médecins qui considèrent l'inégalité, l'intermittence du pouls, comme l'expression de l'insuffisance à l'orifice auriculo-ventrilaire; il pense que ce trouble se manifeste bien souvent, au contraire, dans les cas de rétrécissement à l'orifice ventriculo-artériel, et s'appuie, pour soutenir cette assertion, sur les nombreux faits dont il a été le témoin, tandis qu'il était attaché comme médecin à l'hospice de la Salpêtrière. Cette opinion doit, ce nous semble, être prise en considération. Du reste, M. Rostan pense que, s'il est permis de distinguer dans ces cas, le rétrécissement de l'insuffisance, c'est plutôt par une série de phénomènes accessoires et nombreux qui varient dans chaque fait particulier, que d'après des données précises posées *à priori*, comme on a prétendu l'établir dans ces derniers temps.

Cet aperçu doit prouver à nos lecteurs combien il est important de recueillir des faits, combien il est difficile, dans l'état actuel de la science, d'asseoir un jugement définitif sur la nature et le siége des lésions qui frappent les organes centraux de la circulation.

Les deux observations qui suivent sont bien susceptibles, sous ce rapport, de fixer l'attention des pathologistes.

— Un homme, âgé de 29 ans, exerçant la profession de garçon d'écurie, d'une constitution robuste, d'un tempérament musculo-sanguin, d'une stature assez élevée, ayant la face animée, la physionomie expressive, le teint coloré, qui habituellement jouit d'une bonne santé, fut pris, il y a trois ans environ, d'accidents fébriles qui eurent assez de violence pour con-

traindre le malade à garder le lit pendant sept semaines. Cette maladie est assez mal caractérisée par le sujet dont nous donnons l'observation ; à l'en croire, la fièvre à laquelle il fut en butte se serait manifestée chaque jour à une heure fixe, aurait été précédée de frissons, suivie de sueurs : quoi qu'il en soit, le malade, qui n'a jamais apporté une grande attention à ses souffrances, revint à la santé, reprit ses occupations comme avant l'époque où il fut pour la première fois atteint. Il affirme que durant cette fièvre, il n'eut aucune douleur articulaire, circonstance qui ne permet pas de la rattacher à une affection rhumatismale.

A dater de cette époque, le malade put travailler sans interruption ; seulement il observa que quand il était couché, un léger bruit de frottement ou de sifflement existait à la partie latérale gauche du col et se prolongeait jusque dans la tête. Il n'attacha point d'importance à ce fait, persista dans ses occupations ordinaires, et ne remarqua rien autre qu'un peu de gêne dans la respiration survenant par intervalle.

Ce sujet, comme nous l'avons déjà dit, est garçon d'écurie ; chargé de saigner les chevaux, plusieurs fois il a été atteint par des coups de pied qui ont porté sur diverses régions du cœur. Une fois, entre autres, il fut frappé violemment à la région précordiale, ce qui n'entraîna pas immédiatement des accidents bien marqués. Un mois se passa ainsi sans que le malade jugeât nécessaire de suspendre son travail. Cependant il ressentait quelque difficulté dans la respiration ; de la toux se manifestait, toux opiniâtre, sèche, peu douloureuse et qui n'était point accompagnée de l'expectoration de crachats abondants. La dyspnée devint chaque jour de plus en plus pénible, la toux plus fréquente, quelques douleurs survinrent à la base de la poitrine. Le malade fut contraint de suspendre son travail, et c'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 2 janvier dernier, il fut couché au n° 1 de la salle de médecine ; la face était alors bouffie, rouge, colorée; les lèvres épaisses, volumineuses; les yeux saillants, injectés ; le malade était à moitié assis dans son lit, et semblait en butte à une assez grande anxiété.

Le pouls était fréquent, dur, régulier, égal, développé; les battements du cœur se faisaient avec une grande énergie ; la paroi était soulevée par une assez forte impulsion ; la région précordiale paraissait saillante. La percussion, au voisinage du cœur, dénotait une matité de cinq pouces d'étendue de haut en bas, et de quatre pouces transversalement. L'auscultation faisait reconnaître des battements sourds, profonds, étendus. L'oreille, appliquée vers la pointe du cœur, dénotait l'existence d'un bruit de piaulement très-intense, qui couvrait très-notablement le bruit respiratoire ; ce piaulement se propageait dans une grande étendue, vers la paroi latérale gauche de la poitrine et jusque vers le milieu de la fosse sous-épineuse de l'omoplate. Il se manifestait un peu avant la diastole artérielle et presque comme coïncidence avec l'impulsion à la région précordiale, avant le développement du bruit éclatant. Sa nature, son étendue, son intensité fixèrent particulièrement l'attention. D'autre part, la respiration était fréquente, difficile, interrompue fréquemment par des secousses de toux opiniâtre ; les crachats écumeux, blanchâtres, semi-transparents, peu abondants ; une douleur peu vive, plutot un sentiment de gêne se manifestait vers le sternum et à la base de la poitrine ; plus tard, cette douleur s'est fixée par intervalle, à la paroi latérale gauche de la poitrine, sans s'y fixer cependant avec une grande persistance. La percussion dénotait une sonoréité égale dans le côté droit et dans le côté gauche de la poitrine ; l'auscultation indiquait l'absence du bruit respiratoire simple en un grand nombre de régions, l'existence de sifflement, de ronflement au moment de l'expiration. Ces troubles furent regardés comme l'expression d'une légère congestion pulmonaire et peut-être d'un emphysème peu étendu du poumon, emphysème consécutif à l'affection des organes centraux de la circulation.

La langue paraissait large, humide sans enduit ; les pupilles non développées ; la soif était modérée, l'appétit moindre que d'habitude ; le ventre légèrement douloureux à la région épigastrique ; il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni autre trouble dans les fonctions de la digestion.

La chaleur de la peau était modérée, la transpiration cutanée peu abondante ; il n'y avait point de suffusion séreuse dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres pelviens ; les urines coulaient bien.

Le malade accusait de la céphalalgie dans la région sus-orbitaire ; cette céphalalgie augmentait par la toux ; il n'éprouvait que de légers éblouissements, pas de tintement d'oreilles ; on n'observait aucun trouble dans les fonctions de l'intelligence; le moindre mouvement éveillait une dyspnée intense. Le malade ne pouvait marcher rapidement, ni monter, ni mouvoir les bras avec force, sans être en butte à une grande gêne dans la respiration.

Les fonctions de nutrition n'avaient pas notablement souffert.

Les diverses circonstances que nous venons de relater motivèrent le diagnostic suivant : une hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur, un obstacle marqué à la circulation ; à l'un des orifices du cœur, une congestion pulmonaire consécutive, un peu d'hypérémie cérébrale également consécutive.

Il s'agissait de déterminer le siége et la nature de l'altération surtout vers les orifices du cœur gauche. Cette question donna lieu à une analyse raisonnée des données séméiologiques qui ont été tracées par les auteurs, et fit reconnaître qu'elles sont loin d'amener à des résultats aussi satisfaisants qu'on pourrait d'abord le soupçonner.

Quoi qu'il en soit, le malade fut saigné quatre fois de suite dès les premiers jours de son admission à l'hôpital. Il avait été déjà soumis à une saignée du bras avant d'entrer dans les salles de la clinique, et avait obtenu quelque bien-être par suite de cette perte de sang.

Le repos, une alimentation ténue, les émissions sanguines générales qui ont été pratiquées ont amélioré notablement l'état du sujet dont il est question. La respiration est aujourd'hui naturelle, la toux nulle ; le malade ne crache plus ; il n'y a point de céphalalgie ; la marche n'éveille plus la dyspnée qu'elle causait il y a quelques jours.

Cependant le bruit de piaulement persiste toujours avec une égale intensité ; à peine a-t-il subi quelque diminution sous l'influence du traitement qui a été jusqu'à ce jour employé. Ce fait mérite de fixer l'attention.

M. Rostan est disposé à suivre chez ce malade le traitement d'Albertini et de Valsalva. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des modifications qui surviendront dans l'état du malade du n° 1.

Dans l'observation qui va suivre, on trouvera un exemple de bruit de frottement alternant avec la diastole du pouls. Si l'on se fonde sur les données séméïologiques tracées dernièrement par M. Littré, et sur les principes que l'on doit à M. Rostan, et dont nous avons fait l'exposé, on rattachera le trouble dont il s'agit à un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, ou à une action insuffisante dans le jeu des valvules sygmoïdes. Entre ces deux altérations le diagnostic est difficile. Le fait du prolongement du bruit de frottement dans les artères carotides semblerait cependant devoir faire soupçonner une insuffisance portant sur les valvules sygmoïdes aortiques.

—Le 25 janvier 1837 est entrée à l'hôpital de la clinique la femme Denis (Marie-Françoise), âgée de trente-cinq ans, journalière, demeurant rue de l'Hotel-de-Ville, n° 23.

D'une constitution faible, nerveuse et lymphatique, réglée à 14 ans, elle n'avait jamais été malade, lorsqu'elle fut, il y a quatre ans, atteinte d'une pleurésie du côté droit, pour laquelle elle entra dans le service de M. Serres. Elle sortit au bout d'un mois parfaitement guérie.

A cette époque elle ressentit pour la première fois des palpitations peu fortes dans le repos, mais très-intenses au moindre mouvement, et qui empêchaient presque entièrement la marche. Traitée pendant une dizaine de jours par M. Sabatier, qui lui fit prendre des pilules d'Amérique et d'autres drogues qu'elle ne peut indiquer, elle n'éprouva aucun soulagement. Elle se contenta alors de prendre des boissons émollientes et de se faire saigner par intervalles, s'abstenant autant que possible de travailler.

Au mois de juin 1836, les battements du cœur étant devenus plus intenses, elle entra dans le service de M. Louis, y resta trois semaines, et pour tout traitement prenant de la tisane de tilleul et des pilules de Méglin. Elle sortit de l'hôpital parce qu'elle n'éprouvait aucun soulagement, et réclama les soins d'un autre médecin, qui lui prescrivit des pilules de digitale, des frictions avec la teinture, et pendant la première nuit lui fit appliquer de l'eau fraîche sur la région précordiale. Jamais la malade n'avait toussé, et depuis cette nuit elle est continuellement fatiguée par une toux opiniâtre et revenant par quintes.

A son entrée dans l'hôpital, la malade présente un visage pâle, amaigri, souffrant, qui annonce une maladie déjà ancienne. Elle est sur son séant, respirant avec difficulté, portant souvent la main à la région sternale, fatiguée qu elle est par une toux fréquente et revenant par quinte. Les crachats, assez abondants, semblent le résultat d'une simple exhalation bronchique; les poumons ne présentent rien de particulier à la percussion ainsi qu'à l'auscultation; les organes des sens et de la digestion sont en bon état; le sommeil est peu profond, souvent interrompu par la toux, surtout quand la malade se tourne sur l'un des côtés. Le décubitus dorsal est le seul qui lui permet quelque repos. La circulation présente seule des phénomènes importants. La cavité thoracique n'est pas plus développée à gauche qu'à droite; elle ne présente aucune voussure, et n'est pas sensible à la pression. Il y a par minute 28 respirations et 104 pulsations; le pouls est petit, régulier, se laissant deprimer facilement, les battements du cœur sont aisément perçus par la vue, mais surtout par l'application de la main. La percussion donne un son mat dans une grande étendue, mais le symptôme le plus remarquable est fourni par l'auscultation. C'est un bruit de frottement, de prolongement, que, malgré la rapidité des battements du cœur, on entend manifestement après le second battement. En appliquant l'oreille au-dessus du cœur et dans la direction de l'aorte, on perçoit encore ce bruit, que l'on perd un pouce au-dessous de la clavicule. Un bruit semblable a lieu sur le trajet des artères carotides au moment de leur diastole.

Depuis peu de temps seulement la malade ne peut plus marcher sans éprouver aussitôt des palpitations violentes qui l'obligent à se coucher. Depuis trois mois les règles sont arrêtées, et il y a deux jours un léger écoulement de matières sanguinolentes a eu lieu par le vagin sans qu'elles aient reparu.

Nous suivrons cette malade avec attention, et compléteront son observation en relatant les phénomènes qui caractériseront la marche de son mal. X...

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. Ricord.

Note sur l'emploi du proto-iodure de fer.

Les résultats avantageux que M. Ricord a obtenus de l'emploi de l'iodure de fer administré à l'intérieur dans les cas où les toniques doivent être joints à la médication anti-vénérienne, surtout lorsque le vice scrofuleux, le lymphatisme viennent compliquer l'affection, doivent faire classer ce médicament parmi les agents les plus puissants contre la syphilis secondaire.

D'après les observations que nous avons recueillies depuis plus de deux années, bien des malades qui avaient inutilement suivi la plupart des traitements réputés spécifiques sans obtenir d'amélioration dans leur état, et qui souvent même avaient vu leur mal empirer, ont déjà dû à l'iodure de fer une modification favorable dans leur constitution, et la cause morbide, qui entravait la marche régulière de la maladie n'existant plus, la guérison est bientôt arrivée.

Mais ce n'est pas seulement comme modificatif du tempérament que M. Ricord emploie l'iodure de fer; les désorganisations que la syphilis laisse après elle paraissent s'améliorer rapidement sous l'influence de cet agent thérapeutique. C'est ainsi que peu de jours après son administration, nous avons vu des ulcères des jambes, blafards, atoniques, comme frappés de pourriture d'hôpital, se couvrir de bourgeons charnus de bonne nature, et marcher rapidement vers la cicatrisation.

Nous avons observé la même chose pour des vastes ulcérations de la gorge, que chaque essai d'un traitement mercuriel n'avait fait qu'aggraver; et nous signalerons ici cette erreur déplorable de quelques partisans des anciennes docirines, qui se croient nécessairement obligés de considérer comme dû à la syphilis tout ulcère coexistant ou développé pendant le cours de cette maladie, tandis que bien souvent la lésions est produite et entretenue par l'usage intempestif des médicaments prétendus spécifiques, si on ne se hâte d'en cesser l'emploi.

Chez plusieurs malades affectés de carie des os du crâne, de la face, du tibia, etc.. par suite de l'admi-

nistration de l'iodure de fer à haute dose, la séparation des parties mortes a été obtenue dans un temps comparativement de moitié plus court que par l'usage des moyens ordinairement employés. Souvent même nous avons vu une carie active se borner avant qu'on pût noter d'autres effets généraux de l'agent thérapeutique. Enfin, chez des sujets scrofuleux, lymphatiques, à tempérament débile, les écoulements chroniques de l'urètre et du vagin sous l'influence de la nouvelle médication de M. Ricord, ont quelquefois guéri avec une promptitude remarquable.

A part les indications particulières qui peuvent résulter de l'état du sujet et de la nécessité où l'on est quelquefois de combiner à l'administration de l'iodure de fer les amers, les antiscorbutiques, la dose fixée par M. Ricord, au début, est ordinairement de six grains, qu'il augmente graduellement de deux jours en deux jours, jusqu'à effet notable ; c'est ainsi que nous avons vu des malades prendre jusqu'à quarante grains d'iodure de fer par jour.

Indiquons maintenant une application de l'iodure de fer qui, quoique nouvelle, compte déjà de nombreux succès. Ce médicament, administré en injection dans les cas de blennorrhagie, quelle que soit l'ancienneté de la maladie, mais surtout lorsqu il n'y a que peu ou point de douleur à l'urètre, paraît devoir jusqu'ici mériter peut-être le premier rang parmi les divers moyens preconisés, quoiqu'à son égard nous ne croyons pas rationnel de faire du dogmatisme en dehors des indications idio-syncrasiques ou accidentelles, comme dans un panorama péniblement établi naguère pour, en definitive, mettre en relief comme nouveauté les avantages du copahu.

Donnons au hasard quelques observations prises sur les derniers renvois de l'hôpital des Vénériens.

— Ribaprey, âgé de 21 ans, entré le 23 décembre 1836.

Ecoulement uréthral très-abondant depuis deux mois; pas de douleur en urinant, injection d'iodure de fer pendant huit jours ; sorti guéri le 9 janvier.

—Vallier, âgé de 29 ans, entré le 6 janvier 1837.

Blennorrhée datant de six mois. Le 7 janvier injections d'iodure de fer; sorti guéri le 9 janvier.

—Ricauner, âgé de 22 ans, entre le 6 janvier 1837.

Blennorrhagie depuis six semaines ; épidydimite depuis quatre jours ; injections d'iodure de fer le 7 janvier, compression du testicule par les bandelettes de Vigo ; sorti guéri le 9 janvier.

— Farreau, âgé de 21 ans, entré le 27 décembre 1836.

Blennorrhagie depuis quinze jours : douleur très-vive en urinant. On traita sans succès par les antiphlogistiques et le copahu jusqu'au 13 janvier; on donne alors l'iodure de fer ; sorti guéri le 16 janvier.

— Ville (Jean), âgé de 25 ans, entré le 6 janvier 1837.

Blennorrhagie depuis cinq mois, ayant résisté à plusieurs traitements ; l'écoulement est très-abondant. Le 7 on donne les injections à l'iodure de fer, sorti guéri le 10 janvier.

—Vives, âgé de 29 ans, entré le 3 janvier 1837.

Blennorrhée datant de huit mois. Le 4 janvier, injections d'iodure de fer ; sorti guéri le 7 janvier.

A peu de différence près, toutes les observations que nous avons recueillies rentrent dans le même cadre, et offrent à peu près la même durée pour le traitement.

Il est important de noter qu'ici l'iodure a été administré à la dose d'un demi-gros pour huit onces d'eau, hors un seul cas, dans lequel on a été obligé d'arriver à deux gros pour la même quantité de liquide ; aussi, en général, M. Ricord emploie d'abord la première formule, et jusqu'ici n'a pas eu besoin de dépasser la seconde. Cependant les premiers essais que j'ai faits m'ont offert des cas où on a dû prescrire un gros d'iodure de fer par once d'eau. Quoi qu'il en soit, le traitement étant très-actif, nous ne saurions trop recommander de l'administrer avec ménagement ; car, à part les difficultés qui résultent des indications thérapeutiques, l'intensité de son action nous a paru varier d'une manière remarquable d'après la qualité de l'iodure, et pour certaines doses selon que la solution est ou n'est pas filtrée.

Nous donnerons plus tard l'ensemble des expériences qui sont faites à cet égard, nous bornant à indiquer pour le moment la quantité d'un demi-gros d'iodure de fer pour huit onces d'eau, comme celle que M. Ricord emploie à l'hôpital, et qu'il croit la plus convenable au début, la plus exempte d'inconvénients.

Nous publierons dans un prochain article les résultats de l'application de la solution d'iodure de fer au pansement des ulcères vénériens.

J.-J.-L. Rattier.

N° 16. — 7 février.

HOPITAL DE L'ÉCOLE.

M.-P. Dubois.

Deux avortements traumatiques. Circonstances remarquables.

Une jeune femme couchée n° 6, fit l'année dernière une fausse-couche à la suite d'une chute, vers le sixième mois de la gestation. Elle tomba alors dans un escalier et son ventre heurta contre trois ou quatre marches. Dix jours après un écoulement blanc se déclara, les seins se gonflèrent et elle eut la fièvre. Bientôt, se croyant guérie, elle fit une longue course, pendant laquelle elle fut prise de douleurs abdominales; elle rentra en toute hâte chez elle, et accoucha seule d'un enfant mort.

Elle devient enceinte une seconde fois, et se trouve déjà à quatre mois et demi de grossesse, lorsqu'elle tombe par malheur de nouveau sur le ventre ; elle perd à l'instant connaissance et est transportée chez elle. Pendant quelques jours, fièvre, pesanteur gênante vers l'hypogastre, mais pas d'écoulement par le vagin. Au bout de cinq semaines des douleurs de matrice se manifestent : elle croit accoucher et se fait de suite transporter à l'hôpital, où elle se trouve maintenant.

A son entrée elle déclare que les eaux venaient déjà de couler ; elle a un écoulement sanguin par le nez et accuse des douleurs utérines.

Saignée du bras. Deux demi-lavements laudanisés.

Les douleurs s'apaisent, et le travail est suspendu pendant deux jours, puis elles reparaissent avec un

écoulement sanguin fort abondant par le vagin. On s'en tient au repos et à la diète : le sang et les douleurs disparaissent de nouveau. Depuis lors cette femme n'a rien présenté de remarquable ; elle est bien portante, et son ventre paraît en bon état. Mais peut-on encore rien préjuger sur l'état de l'enfant qu'elle porte ?

D'après les considérations que nous avons émises il y a quelque temps sur les effets des chutes sur la matrice enceinte et sur l'avortement qui peut s'en suivre, il ne sera pas difficile d'apprécier à sa juste valeur l'intéressante observation qui précède. Il est probable que lors de la première fausse-couche, cinq semaines après la chute, l'enfant était déjà mort depuis le moment même de l'accident ou peu de temps après. Ne pourrait-il pas en être de même dans le second cas ? Il est, certes, très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'assurer si cette femme avortera d'ici à quelque temps, comme dans la précédente grossesse, ou bien si elle arrivera à terme. Comment expliquer cependant les différentes pertes intercurrentes qu'elle vient d'essuyer depuis la chute, si ce n'est par le décollement partiel du vagin ? Cette circonstance, si elle existe, pourrait bien, sans doute, conduire à l'avortement, mais ce n'est pas là une condition qui doive nécessairement amener à ce résultat.

Étroitesse du bassin. Premier accouchement à l'aide du forceps. Deuxième accouchement à terme sans secours étranger.

Au n° 5 est une femme âgée de vingt-trois ans, ouvrière, enceinte pour la seconde fois et à terme. A son premier accouchement, il avait fallu en venir à l'application du forceps à cause de l'étroitesse du détroit supérieur (3 pouces 1/2), et de la sortie prématurée du cordon ombilical. Cette dernière grossesse a été plus orageuse que la première, la femme ayant eu souvent de la fièvre et des vomissements fatigants.

Les douleurs se sont manifestées dans la soirée du 19. L'accoucheur, qui avait déjà appliquée à la clinique le forceps à cette même femme, se tenait prêt à agir pareillement cette fois ; mais heureusement la nature a suffi à elle-même, l'accouchement s'est fait naturellement avec une rapidité remarquable. L'enfant est un gros garçon plein de vie et de santé. Après la rupture des eaux, il présentait le vertex au-dessus du détroit abdominal, dans la position occipito-sacro-iliaque droite, qui s'est ensuite convertie en occipito-cotyloïdienne droite, ainsi que cela a presque toujours lieu. Les suites de l'accouchement n'ont rien présenté de remarquable.

Ce fait démontre suffisamment la témérité des jugements *à priori* à l'égard de la possibilité de l'accouchement naturel chez certaines femmes dont le bassin a été jugé vicieux à tort ou à raison.

Traitement des bubons ulcérés par les préparations ferrugineuses; par M. Cullerier.

Il y a quelques mois, nous avons observé dans les salles de M. Cullerier plusieurs bubons ulcérés qui semblaient compliqués d'une sorte de pourriture d'hôpital.

Le fond de ces ulcères était boursouflé et couvert d'une sanie grisâtre ; leurs bords étaient renversés et saignants ; et, loin de marcher vers la cicatrisation, ils semblaient disposés à s'étendre davantage en envahissant les tissus environnants.

Cet état particulier se manifestait chez des hommes dont la plupart avaient fait un long séjour dans les hôpitaux, et offraient pour signes distinctifs de la maigreur, de la débilité et quelques traces de scorbut. Chez ces malades, M. Cullerier a fait usage du sous-carbonate de fer avec un très-grand succès, le mercure ayant le plus souvent aggravé les accidents.

Sous l'influence de cette médication, l'état général des sujets a été rapidement modifié, et la cicatrisation des ulcères promptement obtenue. Parmi plusieurs faits cités à l'appui de cette médication, nous rapporterons le suivant :

Un garçon marchand de vin âgé de 28 ans, entra à l'hôpital du Midi pour y être traité de chancres nombreux du pénis et d'un énorme bubon occupant toute la région inguinale du côté droit. Un vésicatoire fut appliqué sur la partie la plus élevée de la tumeur, et le lendemain on recouvrit le derme dénudé avec un plumasseau de charpie trempé dans une solution de sulfate de cuivre (1 gros par once d'eau) ; à la chute de l'escarre, il fallut donner issue au pus avec la lancette.

Le pus écoulé, la tumeur ne perdit presque pas de son volume. Des frictions furent faites sur les ganglions engorgés avec l'onguent mercuriel ; mais bientôt il fallut les suspendre, les gencives étant tuméfiées et ulcérées à leur base. On remplaça l'onguent mercuriel par l'hydriodate de potasse. Un mois après, on fit une seconde ouverture avec la pierre à cautère. Le bubon ulcéré offrait alors le plus mauvais aspect. Ses bords étaient renversés, son fond noir et saignant ; plusieurs fois des sangsues furent appliquées dans son intérieur, mais sans aucune espèce de succès.

Le mois suivant une troisième ouverture fut faite, et on appliqua de nouveau des sangsues au centre des ulcères ; on prescrivit alors les pilules de Sédillot, mais une nouvelle salivation força d'en suspendre l'emploi. Enfin, après la résection d'une portion de peau décollée, des sangsues furent encore appliquées à plusieurs reprises dans les ulcères, mais tout aussi infructueusement que par le passé.

Le malade, après trois mois de souffrance, s'était considérablement affaibli ; ses ulcères étaient fongueux et livides, leur fond était saignant, la peau de leur circonférence était bleuâtre ; les gencives saignaient avec la plus grande facilité ; tout semblait annoncer un état scorbutique. M. Cullerier crut alors devoir recourir aux ferrugineux. Il prescrivit une potion avec un demi-gros de sous-carbonate de fer. Au bout de huit jours, il en porta la dose à un gros.

Les effets de cette médication furent si sensibles, qu'au bout de quelques semaines de son emploi, il ne restait en quelque sorte que le souvenir de cette plaie hideuse qui avait résisté à l'application des moyens si divers. Un mois environ après l'emploi des ferrugineux, cet homme quitta l'hôpital entièrement guéri.

—

N° 17. — 3 FÉVRIER.

HOPITAL DE L'ÉCOLE.

M. P. DUBOIS.

Grossesse à terme. Anomalie apparente du vagin. Diagostic douteux.

Une jeune fille, âgée de 16 ans, de bonne constitution, devint accidentellement enceinte il y a neuf mois, à son insu, à ce qu'elle assure. Elle entre à la Maternité pour faire ses couches, où on la touche pour la première fois. Le doigt, au lieu d'atteindre le col utérin, glissa dans une sorte d'impasse à peu de distance de la vulve. On l'a donc fait venir à la clinique.

Examiné au spéculum, on trouve que le vagin est très-court, il aboutit dans une sorte de cul-de-sac dont le fond laisse voir une petite ouverture centrale transversalement placée ; sur un point supérieur de ce fond, on observe comme une saillie ou un tubercule labial. Des mucosités s'écoulent par la petite ouverture du fond.

On s'est demandé si ce cul-de-sac était le fond réel du vagin, et si la petite fente centrale était celle du museau de la matrice, ou bien si ce ne serait là qu'une simple cloison derrière laquelle le col utérin se trouverait. Cette dernière opinion a paru plus probable ; aussi, a-t-on dit, il faut se tenir prêt à agir chez cette femme, et venir au secours de la nature, sans quoi l'accouchement ne pourra probablement pas s'accomplir.

Il n'en a rien été cependant. Les douleurs se sont déclarées, ont marché régulièrement, et l'accouchement s'est heureusement terminé dans l'espace de quelques heures et par les seules forces de la nature. La femme est accouchée d'une petite fille pesant cinq livres sept onces. Les suites de l'accouchement ont été heureuses, et lorsqu'on a touché plus tard cette personne, son vagin ne présentait rien de particulier ni en longueur ni en largeur ; le col de la matrice n'offre non plus rien d'extraordinaire. De sorte qu'on est resté dans le doute complet, relativement à la nature des particularités qu'on remarquait dans le vagin de cette femme avant l'accouchement.

Voilà encore un cas à ajouter aux cent mille autres qui prouvent cette grande vérité obstétricale, savoir : « moins on se détermine à agir, moins on fait de vic- » times. »

Premier avortement traumatique. Deuxième grossesse. Pertes intercurrentes. Circonstances remarquables.

Nous avons dernièrement publié l'observation d'une jeune femme qui, après un premier avortement causé par une chute, était enceinte pour la seconde fois. A quatre mois et demi elle était tombée de nouveau et avait éprouvé des pertes répétées qui avaient failli la faire avorter.

Grâce au traitement anti-abortif, tous les symptômes d'avortement étaient dissipés depuis huit jours, lorsque nous avons donné l'observation.

Dans la nuit du 22 janvier cependant, sans cause appréciable, les douleurs expulsives se manifestent de nouveau, rien ne peut les arrêter : l'expulsion du fœtus a lieu.

Un peu avant cet événement, on ausculte l'hypogastre de la femme, et l'on s'assure par les battements du cœur de l'enfant que celui-ci n'était pas mort.

A l'examen du fœtus rendu, cependant on trouve qu'il n'a que le volume de trois mois et demi environ ; circonstance remarquable, car à cette époque les battements ne sont pas percevables, en général.

Après la sortie de l'enfant, la femme perdait abondamment. On a cherché le placenta, qui n'était pas sorti : il était dans l'utérus. On a prescrit 15 grains de seigle ergoté ; la matrice s'est contractée une demi heure après ; le placenta s'est engagé dans le col d'où on l'a retiré, et l'hémorrhagie, qui était inquiétante d'abord, a fini par disparaître. La femme a guéri.

On voit dans cette observation de quel immense avantage l'auscultation utérine peut être dans une foule de circonstances chez la femme enceinte. Les antécédents de cette malade auraient dû faire soupçonner que l'enfant était déjà mort ; cependant il n'en était rien ; aussi s'opposait on à son expulsion par les moyens appropriés.

Une seconde remarque à faire, est relative au seigle ergoté qui, donné par le rectum, a agi tout aussi activement que si on l'eût donné par la bouche.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. ROGNETTA.

Septième leçon. — *Phlegmon oculaire. Ophthalmocentèse.*

§ 1er *Généralités.* Les phlogoses oculaires ou ophthalmites occupent les hommes de l'art depuis les temps les plus r culés. Hippocrate en a parlé dans plusieurs endroits de ses œuvres, et il nous a laissé à ce sujet des remarques dignes d'intérêt. Leur fréquence, les incommodités douloureuses qu'elles causent, et les traces fâcheuses qu'elles laissent, rendent raison de l'importance qu'on attache généralement à l'étude de ces maladies. Jusqu'à Scarpa inclusivement, les descriptions données sur les ophthalmies ne se rapportent qu'à la conjonctivite. On avait, il est vrai, parlé en même temps des ophthalmies internes, mais d'une manière fort vague. Boyer cependant, et avant lui Lassus, avaient ajouté au chapitre ordinaire des phlogoses oculaires la description du phlegmon ou du panaris de l'œil, maladie formidable qui attaque la totalité de l'organe, et se termine presque toujours par la perte irréparable de la vision, et quelquefois aussi par la mort.

Les ophthalmographes les plus récents ont donné au sujet des phlegmasies oculaires une extension à laquelle nos devanciers n'avaient jamais songé. Nous admettons aujourd'hui autant d'espèces d'ophthalmite qu'il y a de tissus dans l'organe visuel. Chacune de ces espèces embrasse plusieurs variétés, et a ses caractères et son traitement déjà tracés dans la science. Ce système de localisation est sans doute bon et indique un progrès réel dans cette partie ; nous l'avons adopté ; mais que d'étranges exagérations n'a-t-on pas commises à cet égard ? On a fait des tissus oculaires enflammés une sorte de cachier de cartes géographiques où chacun a tracé ses

lignes, ses arborisations à sa façon. On en a embrouillé l'étude à force de subtilisations oiseuses.

C'est ainsi que quelques anciens lithotomistes inventèrent le cathétérisme à tour de maître pour se rendre merveilleux aux yeux des ignorants. Nous apprécierons tout cela à sa juste valeur ; nous rapporterons aussi à qui de droit certaines idées que quelques personnes, parmi nous, ont la complaisance de s'approprier. Ce qui doit frapper, en attendant, dans la lecture des interminables chapitres consacrés aux phlegmasies dont il s'agit, c'est que nos oculistes-géographes ont presque entièrement omis de décrire le phlegmon de l'organe visuel en totalité.

J'entends sous cette dénomination désigner, avec Lassus et Boyer, une inflammation phlegmoneuse de toutes les parties internes et externes de l'organe oculaire, à laquelle participent en même temps les paupières et les tissus intrà-orbitaires.

On croit généralement que dans les ophthalmies dites externes, les tissus intérieurs de l'organe restent étrangers à l'inflammation ; aussi a-t-on décrit séparément la conjonctivite, la kératite, etc. : c'est une erreur.

Un homme âgé qui mourut en 1829 dans le service de M. Lisfranc, d'une fluxion de poitrine, et qui était entré pour un ulcère chronique à une jambe, avait été atteint avant sa mort d'une légère conjonctivite unilatérale, accompagnée de photophobie. J'ai disséqué cet œil, et j'ai trouvé, à mon grand étonnement, tous les tissus intérieurs enflammés indistinctement : la hyaloïde elle-même et la rétine étaient fort rouges, ce qui explique déjà la véritable source de la photophobie, ainsi que nous le verrons plus loin.

Je me hâte néanmoins d'ajouter que dans le phlegmon ophthalmique, l'inflammation des membranes intérieures est bien autrement intense. Il y a ici, indépendamment de la turgescence étranglante de tous les tissus, des sécrétions et extravasations intrà-oculaires qui entraînent des conséquences d'une tout autre gravité.

§ 2. *Caractères*. A. *Physiologiques*. 1° Début gradué ou bien instantané, unilatéral ou bilatéral. Le plus souvent c'est par la conjonctivite globulaire que le mal se déclare : d'autres fois cependant il se propage des tissus de l'orbite à l'œil, ou bien il envahit primitivement toute la sphère visuelle.

2° Douleurs pulsatiles dans le fond de l'œil et de l'orbite (absolument comme dans le panaris le plus intense), s'irradiant au front et à la tempe, accompagnées d'un sentiment de chaleur brûlante, de tension et de plénitude, comme si l'œil ne pouvait plus être contenu dans l'orbite.

3° Photophobie extrêmement prononcée, accompagnée de pyropsie ou de vision flamboyante et étincelante. Le plus léger rayon de lumière qui pénètre derrière les rideaux où le malade se cache, occasionne des lancées fort cruelles. Ce caractère cependant n'existe surtout que dans les commencements de la maladie ; il se dissipe totalement un peu plus tard, aussitôt que la rétine se paralyse par le travail même de la phlogose qui envahit sa pulpe nerveuse, et par la compression qu'elle éprouve de la part des humeurs extravasées et du gonflement des tissus voisins.

4° Symptômes constitutionnels d'intensité variable (fièvre, anxiété, insomnie, délire, convulsions quelquefois, etc.).

B. *Physiques*. 1° Gonflement phlegmoneux de l'œil, des tissus intrà-orbitaires et des paupières, avec exophthalmie proportionnée au degré de ce gonflement. Attendu la structure fibreuse de la coque oculaire, on pourrait peut-être croire inextensible la sphère de ce nom ; il n'en est rien cependant. Ce qui se passe dans l'hydrophthalmie prouve évidemment le contraire : il est d'ailleurs d'observation que le globe est boursouflé, distendu et augmenté de volume dans la maladie en question.

2° Rougeur extérieure peu prononcée. La conjonctive oculaire est plutôt œdématiée que fort rouge. L'humeur aqueuse est sanguinolente. Iris injecté. Pupille resserrée. Fond de l'œil rougeâtre. Il est, du reste, assez difficile de bien constater l'état des parties intérieures, attendu l'intolérance de l'organe à la lumière.

3° Fixité involontaire du globe de l'œil. L'état de boursouflement douloureux dans lequel se trouvent les parties, rend presque impossibles les mouvements volontaires de l'organe.

4° Suspension de la sécrétion lacrymale. (Xérophthalmie.)

L'observation suivante vient à l'appui des propositions qui précèdent.

Un homme de la campagne se blessa à l'œil avec la pointe d'une feuille de vigne ; il entra à la clinique de Dupuytren, offrant une conjonctivite traumatique peu grave d'abord. On le traita antiphlogistiquement pendant deux jours ; alors on lui insufila du calomel sur l'œil pendant deux autres jours. A cette époque, l'organe se congestionne et se boursouffle considérablement ; le malade se cache sous les couvertures ; il a la fièvre, puis le délire ; le fond de l'œil paraît d'un beau rouge ; le cristallin offre l'apparence d'un cercle de feu regardé de loin, et ressemble plus exactement à l'image de la lune réfléchie dans le fond d'un puits ou d'un grand bassin d'eau. Cet état dure pendant un jour et une nuit : l'œil se crève avec bruit, ses humeurs s'écoulent et le malade a été soulagé.

Le moignon restant suppura, revint sur lui-même, et le malade sortit guéri avec un œil de moins après six semaines de traitement.

C. *Terminaisons*. 1° Par l'amaurose, la forme de l'œil étant restée à peu près normale. Scarpa, Boyer et Lassus citent des cas de cette espèce. Nous venons déjà de dire par quel mécanisme la paralysie rétinienne avait lieu dans cette occurrence. Ajoutons que les chambres de l'œil sont plus ou moins altérées par les adhérences contre nature des tissus intérieurs enflammés.

2° Rupture spontanée et fonte purulente de l'organe. Cette rupture est quelquefois la conséquence de la gangrène de la cornée, dont l'escarre éclate en un instant. Je pourrais citer ici des centaines d'exemples de cette terminaison que j'ai observés dans les hôpitaux à la suite de l'opération malheureuse de la cataracte.

3° Par la mort. Cette terminaison serait plus fréquente si, heureusement, l'œil ne crevait pas spontanément le plus souvent. L'espèce de détente qui résulte de la rupture oculaire diminue la violence de l'inflammation, et le mal se fond pour ainsi dire comme celui d'un panaris dont on scarifie profondément les parties de très-bonne heure. Dans le cas contraire, la phlogose peut se propager aux méninges et se terminer par la mort. Tout le monde connaît cette observation que Louis a consignée dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, concernant deux jeunes demoiselles, sœurs,

âgées d'une vingtaine d'années, qui venaient d'éprouver la petite vérole confluente ; les yeux étaient atteints de phlegmon considérable, et les deux malades avaient le délire. Louis ayant été consulté conjointement à plusieurs médecins du pays, trouva ces organes à l'état empyèmateux et fortement distendus : il proposa de les vider d'un coup de bistouri. Les consultants ne goûtèrent point son conseil ; ils s'y opposèrent, ayant trouvé fort étrange un remède qui consistait à crever les yeux. L'événement cependant a justifié la justesse de la proposition de Louis. Chez l'une, la nature a fait ce que le chirurgien avait voulu pratiquer lui-même, les yeux se crevèrent et se vidèrent spontanément, et la malade échappa à la mort en restant aveugle ; l'autre succomba à la suppuration qui se propagea dans l'intérieur du crâne.

Il résulte des considérations qui précèdent, qu'on peut distinguer trois périodes dans la marche du phlegmon oculaire :

1° Période de pyropsie ; depuis le début jusqu'à l'époque où la rétine est frappée de paralysie, et que l'œil cesse de sentir l'action de la lumière ou d'être photophobique.

2° Période de suppuration ; à compter de la cessation de la phothobie.

3° Enfin période de rupture spontanée.

§ 3. *Etiologie.* On peut ranger sous deux chefs les causes de la maladie dont nous parlons :

1° Causes traumatiques et brûlures. J'ai déjà dit que le phlegmon oculaire s'observait assez souvent à la suite de l'opération de la cataracte ; je l'ai vu plus fréquemment après la méthode de l'abaissement. Des blessures d'autre nature à l'œil ou à l'orbite peuvent aussi produire le même effet, ainsi qu'on en trouve des exemples dans Guthrie, Percy, etc. Il en est de ces blessures comme de celles des doigts et de la main ; une petite piqûre suffit quelquefois pour provoquer la réaction la plus désastreuse. Les brûlures profondes de l'œil occasionnées par la déflagration de la poudre à canon, la flamme d'une bougie, où les caustiques potentiels occasionnent quelquefois la réaction phlegmoneuse la plus grave (Wenzel, Demours).

2° Un principe morbide spécifique qui porte son action sur les yeux. La petite-vérole confluente occupe ici le premier rang. Nous verrons à l'article des conjonctivites, pourquoi dans toutes les éruptions cutanées l'œil doit participer plus ou moins à la maladie : disons seulement pour le moment, que c'est vers la dernière période de la variole que le phlegmon oculaire se déclare le plus ordinairement. Ajoutons enfin que, bien que dans l'ophthalmie blennorrhagique le siége principal du mal soit à l'hémisphère antérieur de l'organe et aux paupières, tous les tissus de l'œil sont quelquefois frappés de réaction phlegmoneuse et même de gangrène. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet.

§ 4. *Pronostic.* Toujours réservé, grave ou très-grave, selon l'intensité des symptômes et la tendance de la maladie pour telle ou telle terminaison.

—

N° 18. — 11 FÉVRIER.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. LISFRANC.

Des signes à l'aide desquels on peut reconnaître les abcès qui siégent autour de l'articulation du genou. Diagnostic différentiel d'avec les épanchements articulaires.

(Leçon recueillie par M. A. FORGET, interne.)

(Suite du numéro 13, 31 janvier 1837.)

Il est fort important de retenir les distinctions que nous allons établir ; car si l'erreur de diagnostic conduisait à ouvrir un épanchement articulaire lorsque l'on croirait avoir affaire à un abcès, le résultat serait le développement d'accidents qui pourraient entraîner assez souvent ou la perte du membre, où la mort du malade ; et si, par une faute inverse, on ne distinguait pas un abcès d'un épanchement articulaire, les fusées de pus, d'une part, fusées que facilite la disposition anatomique des parties ; d'autre part, l'altération de la capsule articulaire par le contact longtemps prolongé de la matière purulente, et par suite la rupture de cette capsule et la pénétration du liquide dans l'articulation, seraient les tristes effets qui pourraient survenir.

Nous allons vous exposer les principes que l'on doit suivre dans ces cas, ordinairement difficiles ; et je vous prie de me prêter toute votre attention ; car ce que je veux vous dire, vous ne le trouverez guère dans les livres qui sont entre vos mains.

1° Si la tuméfaction occupe plus spécialement l'une des faces latérales de l'articulation, on appliquera une main sur le côté opposé de l'article, tandis que l'autre main pressera sur la collection ; et s'il n'y a pas transmission du liquide d'un côté à l'autre, on pourra assurer qu'il n'existe pas de communication avec la cavité articulaire.

2° Si la tumeur existe au-dessus de l'articulation ou contre sa partie supérieure, et si le pus remonte assez haut, le diagnostic est plus difficile.

Des chirurgiens repoussent l'idée d'un épanchement articulaire quand le pus remonte très-haut le long de la cuisse, parce que, disent-ils, la capsule articulaire ne saurait se prêter à une si vaste extension ; mais des faits bien observés prouvent que cette assertion est fausse.

J'ai montré ici un malade chez lequel il a été constaté par l'autopsie que la capsule articulaire du genou, distendue par du liquide accumulé dans sa capacité, s'étendait jusqu'à l'union de la moitié supérieure de la cuisse avec la moitié inférieure de ce membre.

3° Il existe au-dessous du ligament rotulien supérieur une grande quantité de tissu cellulaire qui, chez les personnes lymphatiques surtout, peut augmenter de volume, s'infiltrer et devenir le siége d'un abcès ; dans ce cas, la rotule peut être soulevée. Si une collection de pus se forme sous ce tendon, qu'arrivera-t-il ? Nécessairement la capsule sera d'abord refoulée en bas, et le ligament soulevé ; et comme il s'attache à la rotule, cet os sera aussi porté en avant. Or, on a

eu grand tort d'admettre comme un des caractères pathognomoniques des épanchements articulaires, le soulèvement de la rotule; mais dans le cas que nous venons de signaler, la rotule est soulevée par un mouvement de bascule tel, qu'elle présente un plan plus ou moins incliné dont la partie inférieure est du côté du tibia. Ajoutons, pour terminer le diagnostic de l'abcès siégeant dans le point qui nous occupe, que si on presse la collection au-dessus de l'articulation, il n'y a pas transmission du liquide vers la partie inférieure, ce qui aurait lieu dans le cas d'épanchement intrà-articulaire.

4° Si l'abcès siége au-dessous du ligament rotulien inferieur, il pourra y avoir encore soulèvement de la rotule; mais cette fois l'inclinaison du plan sera inverse de celle que nous avons indiquée plus haut, et le pus ne pourra pas être refoulé vers la partie supérieure de l'articulation.

5° Une tumeur occupant un point du pourtour de l'article, peut passer au-devant de la rotule. Le diagnostic dans ce cas est assez facile; car on peut être certain que l'épanchement est en dehors de l'articulation si la fluctuation se perçoit au-devant de cet os. Mais il est des cas dans lesquels il s'agit d'un de ces abcès qui ne remplit pas la totalité du foyer; le pus ne siége que sur les côtés de la rotule, il n'y en a pas au devant. Alors, pendant qu'un aide presse d'un côté de l'articulation, vous appliquez légèrement l'une de vos mains sur la rotule, et l'autre sur le côté opposé de cette articulation. Si vous sentez le pus passer au devant de la rotule pour communiquer avec le côté opposé, il est évident que l'épanchement est en dehors de l'article.

D'ailleurs, lorsque cet épanchement est articulaire, et que vous faites tendre la jambe du malade, la rotule est soulevée; en pressant sur elle, vous la déprimez avant de rencontrer l'extrémité inférieure du fémur; et, si pendant que vous exercez cette pression, vous appliquez les doigts sur les côtés de l'articulation, vous appréciez le flot du liquide que vous refoulez surtout sur les parties latérales.

A l'aide de tous ces moyens d'investigation que nous venons d'énoncer, il me semble difficile, si ce n'est impossible, de commettre les erreurs qui, je le répète, ont si souvent amené des événements funestes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Revue clinique du mois de janvier.

L'hôpital des Enfants reçoit annuellement 3,000 malades âgés de 2 à 15 ans, qui sont répartis dans quatre services de médecine et un de chirurgie. Les deux premières divisions de médecine comprennent les maladies aiguës et chroniques qui sont, en général, accompagnées de fièvre; aussi désigne-t-on dans l'établissement ces deux services sous le nom de service des *fiévreux*. L'un est affecté aux filles, l'autre aux garçons. A chacun d'eux est annexée une salle consacrée aux maladies des yeux, et une autre aux affections de la peau connues sous le nom de dartres. Les deux autres divisions de médecine comprennent les maladies scrofuleuses, la gale et la teigne.

Les quatre médecins de cet établissement sont alternativement chargés pendant six mois du service des fiévreux et de celui des scrofuleux, de la division des garçons et de celle des filles.

Le nombre des malades admis pendant le mois de janvier dans le service de M. Baudelocque, chargé pendant ce semestre de la division des fiévreux (filles), a été de 65. Voici le tableau des maladies qu'ils ont présenté :

Fièvre typhoïde,	2
Rougeole,	3
Scarlatine,	3
Variole,	1
Pneumonie,	3
Phthisie pulmonaire,	9
Pleurésie,	1
Bronchite,	9
Coqueluche,	1
Grippe,	3
Angine simple,	2
Gastrodynie,	2
Entérite,	8
Rhumatisme articulaire.	2
Chorée,	4
Carie vertébrale,	1
Anasarque,	1
Vulvite,	3
Maladie indéterminée,	2

Nous ne comprenons pas dans ce tableau cinq jeunes filles dont trois n'étaient point malades et ont été rendues à leurs parents le lendemain de leur admission, et deux autres qui ont passé dans la division de chirurgie, ce qui réduit le nombre de 65 à 60.

Ces soixante malades ont été réparties, sous le rapport de l'âge, de la manière suivante :

17 étaient âgées de	2 à	4 ans.
7	4	6
6	6	8
9	8	10
9	10	12
11	12	14
1 seule était âgée de		15 ans.

Nous allons passer en revue ces différents cas, en commençant par la fièvre typhoïde et les exanthèmes fébriles.

1° *Fièvre typhoïde.*

Deux malades atteintes de cette affection ont été admises les 3 et 5 janvier. Elles sont toutes deux aujourd'hui convalescentes.

1re *Observation.* Joséphine Amelot, âgée de douze ans, née à Paris, était malade depuis vingt-trois jours lorsqu'elle fut admise à l'hôpital le 5 janvier. Après quelques jours de malaise, elle avait été prise, vers la fin de la première quinzaine de décembre, de diarrhée, de douleurs de ventre et de fièvre; plusieurs épistaxis eurent lieu dans les huit premiers jours. Il se manifesta du délire pour la première fois dans la soirée du cinquième jour, qui se renouvela jusqu'à l'admission de la

malade à l'hôpital. Une toux opiniâtre se déclara vers le huitième jour, et persista également. L'ouïe commença à devenir obtuse vers le dixième jour ; la surdité était complète depuis quatre jours lorsque nous vîmes la malade pour la première fois.

Depuis le début, la malade avait gardé le lit et observé la diète. 12 sangsues avaient été appliquées au fondement dans les huit premiers jours, et plus tard on avait posé un vésicatoire sur la poitrine.

Lorsque nous vîmes la malade pour la première fois, à la visite du soir, le décubitus avait lieu sur le dos ; la face portait l'empreinte de la stupeur, la peau présentait, sur la poitrine, un certain nombre de sudamina. la surdité était complète : la malade ne put parvenir à entendre aucune de nos questions.

On nous apprit qu'il y avait eu du délire pendant la nuit. La peau était chaude et sèche ; le pouls donnait 112 pulsations ; la langue était simplement collante ; l'abdomen médiocrement météorisé, n'était pas notablement douloureux à la pression ; on n'observait à sa surface aucune tache rosée, lenticulaire. Deux selles liquides avaient eu lieu en 24 heures. La malade avait chaque fois demandé le bassin.

L'auscultation et la percussion du thorax ne faisaient entendre que du râle muqueux à droite et à gauche. La toux était peu fréquente, l'expectoration nulle. On pansa le vésicatoire de la poitrine avec du cérat ; on prescrivit des boissons gommeuses, des demi-lavements émollients et du bouillon.

Le délire a reparu la nuit jusqu'au 8. La surdité a persisté jusqu'au 10 ; à cette époque, la malade a commencé à saisir quelques-unes des questions qu'on lui a adressées. Le pouls a graduellement diminué de fréquence ; la diarrhée a entièrement cessé le 12. On a accordé alors des potages.

Le 16 janvier, la surdité a complétement disparu ; aucun écoulement n'a eu lieu par les oreilles, l'intelligence est nette, l'expression de la physionomie naturelle ; la malade se trouverait on ne peut mieux, suivant son expression, si ses jambes pouvaient la porter. Le pouls est descendu à 88. La peau reste sèche, terreuse, mais sa chaleur est normale. Les narines sont humectées, la langue est large et humide, l'appétit vif, la soif presque nulle, le ventre complétement indolent, les selles rares et naturelles. Le vésicatoire de la poitrine est sec ; la percussion et l'auscultation ne donnent que des renseignements négatifs. On accorde le quart de la portion.

Pendant la dernière quinzaine de janvier, la diarrhée a reparu deux fois, assez abondante, après deux écarts de régime commis les jours d'entrée. Elle a nécessité la suspension des aliments pendant deux jours. Les forces sont revenues lentement ; la malade n'a pu se lever que dans les derniers jours de janvier ; elle doit quitter incessamment l'hôpital. Elle est aujourd'hui complétement guérie.

Lorsque cette malade fut soumise à notre observation, nous manquions de renseignements sur ses antécédents, ce ne fut que plusieurs jours après son admission que nous apprîmes des parents les détails que nous avons donnés sur les 23 premiers jours de la maladie. Tout ce que nous apprîmes de la religieuse qui avait reçu la malade, c'est qu'elle était alitée depuis vingt-trois jours, et qu'elle était entierement privée de l'ouïe depuis quatre. Cette double circonstance, jointe aux symptômes actuels, ne nous fit pas hésiter un seul instant sur le diagnostic. La surdité est un signe d'une grande valeur dans la fièvre typhoïde. Elle ne se montre que dans cette affection, dans les maladies des centres nerveux, et dans quelques exanthèmes fébriles avec écoulement purulent des deux oreilles. Lorsque la surdité apparaît dans une phlegmasie aiguë du cerveau ou de ses annexes, elle est toujours accompagnée d'autres troubles des fonctions intellectuelles, sensoriales et locomotrices qui décèlent la nature de l'affection. Rien n'annonçait dans ce cas que le point de départ de la maladie fût dans les centres nerveux. La surdité ne pouvait se rattacher ici à un exanthème fébrile ; l'examen de la peau ne laissait aucun doute à cet égard. Ainsi ce signe, joint à la stupeur de la face, au léger délire de la nuit, au mouvement fébrile qui persistait depuis vingt-trois jours, à la diarrhée, aux sudamina, suffirait pour caractériser la maladie. Les commémoratifs fournis par les parents justifièrent complétement le diagnostic.

2e *Observation*. Le deuxième cas de fièvre typhoïde est relatif à une jeune fille de dix ans, apprentie coloriste, qui fut apportée des prés Saint-Gervais à l'hôpital le 3 janvier. Tout ce que nous pûmes apprendre sur son état antécédent, c'est qu'elle était malade depuis quinze jours ; qu'il y a environ dix jours une éruption s'était montrée à la peau et avait disparu au bout de quelques heures, et que depuis quatre jours il était survenu de la douleur à la gorge et de la gêne de la déglutition.

A la visite du 4, la prostration est très-profonde, la malade ne peut se mettre sur son séant ni s'y maintenir. Le décubitus a lieu sur le côté droit ; les membres sont pelotonnés ; face violacée et portant l'empreinte de la stupeur ; intelligence obtuse, parole difficile, sentiment de gêne plutôt que douleur à la gorge ; la langue, comme le reste de la muqueuse buccale, est rouge, sèche et couverte en divers points de mucosités visqueuses, adhérentes ; les amygdales sont tuméfiées et offrent extérieurement le même aspect que le reste de la muqueuse buccale, la déglutition des liquides s'exécute assez difficilement ; du reste, pas de nausées, ni de vomissements, ni de diarrhée ; le ventre est mou, non sensible à la pression ; le pouls est petit, très-accéléré, 124 pulsations par minute. L'examen de la poitrine ne nous révèle aucune lésion des organes thoraciques. D'après cet ensemble de symptômes, on porte pour diagnostic : angine maligne, et on prescrit un pot de chiendent émétisé, un vésicatoire à chaque jambe, et des applications d'alun sur les amygdales.

Le 6 janvier, la tuméfaction des amygdales a complétement disparu, la malade ne ressent plus aucune douleur ni aucun sentiment de gêne à la gorge, mais l'état général est le même ; la prostration des forces est tout aussi profonde, le mouvement fébrile aussi intense ; l'ouïe commence à devenir obtuse, la langue et la muqueuse buccale offrent toujours le même aspect ; la peau ne présente aucune trace d'éruption ; on n'observe sur le ventre, qui est toujours indolent, aucune tache lenticulaire. On entretient la suppuration des vésicatoires des jambes : limonade, bouillon.

Le 7, même prostration que les jours précédents, stupeur, somnolence, indifférence de la malade pour tout ce qui l'entoure ; elle ne demande rien ; on est obligé de la tirer de son assoupissement pour la faire boire ; lorsqu'on fixe son attention par des questions brèves et précises, elle répond juste, et dit n'éprouver aucune dou-

leur locale. Le pouls donne 130 pulsations. La langue et les dents sont toujours fuligineuses.

Le 8 et le 9, pas le moindre changement dans l'état de la malade. Le ventre étant indolent et la constipation persistant, on prescrit deux verres d'eau de Sedlitz le 9.

Le 10, la malade semble un peu moins engourdie; elle a eu deux ou trois évacuations.

Le 13, on renouvelle l'eau de Sedlitz.

Le 14, des sudamina apparaissent en grand nombre sur la poitrine et sur le ventre; la langue reste toujours fuligineuse; l'ouïe est de plus en plus obtuse; même affaissement; même prostation des forces. 114 pulsations faibles, 42 inspirations; toux grasse, sans expectoration; râles muqueux et sibilant dans les deux côtés de la poitrine.

Du 15 au 20, pas de changement notable.

Le 21, la surdité est complète; la malade est toujours cachée sous ses couvertures; lorsqu'on la déplace, elle s'impatiente, elle pleure; elle ne peut comprendre aucune des questions qu'on lui adresse. Le pouls se maintient encore à 120. Mauve édulcorée; julep gommeux; quelques cuillerées de bouillon.

Le 23 et le 24, l'épiderme présente une desquamation par larges plaques, telle qu'on l'observe dans la scarlatine. Un écoulement purulent a lieu par l'oreille droite.

Le 25, les jambes commencent à devenir le siége d'une infiltration séreuse. L'œdème augmente les deux jours suivants, et gagne les membres supérieurs. On administre un bain de vapeur le 27, qu'on renouvelle le 29 et le 31; on fait usage en même temps de boissons diurétiques.

Le 1er février, l'anasarque a presque entièrement disparu, la stupeur a cessé; la malade sourit quand on l'approche, elle se trouve bien. La langue est large et humide, le ventre indolent, les selles rares, le pouls est descendu à 96; la malade réclame des aliments. On accorde des potages. Cette jeune fille est aujourd'hui en pleine convalescence.

Les renseignements que nous avons obtenus au moment de l'admission de cette malade étaient fort incomplets, et il nous a été impossible d'obtenir le moindre éclaircissement de la malade elle-même, ni des personnes chez qui elle était en apprentissage, qui ne sont pas venues la visiter. Il est extrêmement probable que l'éruption qui avait paru pendant quelques heures à la peau quelques jours avant l'entrée, était la scarlatine. La desquamation de l'épiderme que nous avons observée vers la fin de janvier, et l'anasarque, ne nous ont laissé aucun doute à cet égard. Faut-il attribuer au virus scarlatineux les symptômes typhoïdes qui se sont montrés pendant un mois, ou bien à une lésion des plaques de Peyer qui serait survenue en même temps que la scarlatine, et qui aurait arrêté celle-ci dans sa marche? Voilà le fait; chacun pourra l'interpréter à sa manière.

N° 19. — 14 FÉVRIER.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Morsure à la main par un chien enragé. — Quelques considérations sur la rage.

Le malade couché au n° 29 bis de la salle Saint-Louis, fournit le sujet de cette leçon.

Cet homme, domestique dans une maison à Paris, a été mordu au pouce de la main droite, en voulant emporter de l'appartement de sa maîtresse un chien qui avait déjà mordu cette dame et deux autres personnes. Il fut constaté par un vétérinaire chez lequel l'animal fut conduit, qu'il était atteint de la rage : on le tua sur-le-champ. Ce fut alors seulement, et 24 heures après avoir été mordu, que le malade dont nous vous entretenons songea à réclamer les secours de l'art.

Il ne faut pas croire, continue le professeur, que les symptômes de la rage soient toujours si évidents qu'on puisse se dispenser de surveiller tout chien qui paraît malade. On a dit que le chien enragé n'aboyait pas, et refusait de prendre des aliments liquides; ces phénomènes en effet s'observent dans la plupart des cas, mais ils n'existent pas toujours. Une jeune personne trouva un petit chien, l'emporta, et, en le caressant, fut mordue à la lèvre. Cet animal prenait des aliments, buvait sans répugnance, et aboyait lorsque des étrangers arrivaient. Au bout de deux jours il s'échappa. Vers le quarantième jour, la malheureuse jeune fille, qu'un médecin avait simplement cautérisée avec de l'ammoniaque, mourut de la rage. J'ai moi-même été témoin de ce fait.

La négligence des malades et l'impéritie des médecins ne sont pas les seules causes qui favorisent la manifestation malheureusement trop fréquentes de phénomènes rabiques. Il existe dans les campagnes, et même dans les villes, des guérisseurs, véritable fléau dont la nouvelle organisation médicale nous délivrera, je l'espère. L'un d'eux possédait une dent de Saint-Hubert, la plaçait dans l'eau, et attribuait à cette eau la vertu de guérir la rage; seulement elle perdait ses propriétés sur les personnes qui s'étaient soumises aux soins des médecins. La réputation qu'il s'était acquise était d'autant plus grande, que le plus ordinairement les malades n'avaient pas été mordus par des chiens enragés, et qu'alors la rage ne pouvait nécessairement pas se développer; tandis que dans le cas de plaies véritablement envenimées, les malades ne tardaient pas à éprouver les suites funestes, effets d'une confiance si follement accordée.

Ce n'est pas que l'influence que ces hommes exercent sur le moral de leurs malades, soit par une renommée usurpée, soit par l'appareil mystérieux dont ils s'entourent, ne puisse dans certains cas être utile; mais retenez-le bien, le seul moyen réel, efficace, c'est la cautérisation; elle doit être pratiquée le plus tôt possible, même la blessure fût-elle ancienne, il ne faudrait pas y renoncer. On l'a vue réussir après quinze, dix-huit jours, et même après un mois, sur des plaies dont la cicatrisation était achevée. Maintenant, à quel genre de cautère donnerons-nous la préférence? Emploierons-nous le fer rouge, ou le cautère potentiel? C'est ce qu'il s'agit de déterminer.

On a beaucoup préconisé le beurre d'antimoine liquide; on a prétendu qu'il agissait plus profondément que le cautère actuel, et que son emploi était moins douloureux. Les motifs sur lesquels on base cette préférence, n'ont, vous allez le voir, aucune valeur.

D'abord, rien n'empêche de produire avec le fer rouge des cautérisations aussi profondes que l'exigeront les circonstances, quand on sait laisser éteindre sur le même point un assez grand nombre de cautères; en second lieu, s'il produit plus de douleur, la réaction qui suit son application est aussi bien plus énergique, et par conséquent plus capable de détruire l'action du virus.

L'expérience n'est pas d'ailleurs favorable aux partisans du chlorure d'antimoine.

Il y a quelques années, un grand nombre de personnes ayant été mordues à Paris, et (autant qu'on put s'en convaincre d'après divers renseignements) par le même chien, Dupuytren, convaincu des avantages de la cautérisation, engagea le préfet de police à inviter par des affiches, les personnes qui auraient été mordues à se présenter sans délai à l'Hôtel-Dieu, où leurs plaies seraient cautérisées à quelqu'heure que ce fût. Le grand nombre de cautérisations qui se pratiquèrent à cette occasion, permit de constater la supériorité du cautère actuel; son emploi fut partout couronné de succès. Le beurre d'antimoine, au contraire, réussit peu; et la plupart des malades soumis à son application n'en furent pas moins atteints de la rage.

Il serait absurde d'objecter qu'il est dangereux d'appliquer le fer rouge dans les cas où la morsure aurait intéressé les paupières, par exemple; il est trop évident que l'action d'un caustique liquide doit être plus difficile à maîtriser que celle du fer rouge qu'on arrête ou qu'on prolonge mieux.

Le cautère ne doit pas être rougi à blanc. Dans cet état il charbonne trop vite les tissus; l'escarre produite par cette calcination conduit mal le calorique, et préserve pour ainsi dire de l'action du feu les parties sous-jacentes. Vous emploierez le fer rouge. Son action sera plus lente, mais il vous permettra de cautériser plus profondément; les douleurs seront plus vives, mais la réaction sera plus puissante. J'ai laissé éteindre trois cautères dans la plaie du malade à l'occasion duquel je suis entré dans ces détails. Non content de cette cautérisation profonde, j'ai porté le fer rouge sur les tissus environnants, de manière à produire une brûlure du second degré à un pouce au moins autour de l'escarre; si la plaie n'avait pas été petite, j'aurais étendu plus loin l'action du feu. Les motifs qui m'ont porté à adopter cette méthode de cautérisation contre la rage, sont trop importants pour que je puisse les passer sous silence.

Depuis longtemps j'ai adopté dans le traitement du charbon et de la pustule maligne, l'usage de cautériser d'abord comme on le conseille généralement; ensuite de produire toujours avec le fer rouge une brûlure du second degré sur la peau à trois ou quatre pouces autour de l'escarre.

Mes succès ont été constants jusqu'aujourd'hui, même dans des cas où la maladie siégeant à la face, on voyait s'étendre jusque sur le cou et sur les parois de la poitrine cette sorte de météorisme et d'enflure élastique si bien décrits par les auteurs; déjà même quelques malades étaient pris d'un délire obscur qui indiquait plus encore la gravité de leur position. Les tanneries qui nous entourent nous envoyant chaque année un certain nombre de malades affectés de charbon, vous aurez probablement l'été prochain l'occasion de vous convaincre des avantages de cette méthode; il ne sera pas difficile au moins de vous prouver qu'elle est rationnelle, en vous ramenant à l'observation des procédés que la nature met en usage, lorsqu'abandonnée à ses propres forces elle se débarrasse par exemple d'un charbon par une réaction vive et puissante; on voit un cercle inflammatoire enfermer les parties empoisonnées, suspendre en quelque sorte leurs rapports avec le reste de l'économie. Certes, on ne prétendra pas que, dans ce cas, l'inflammation a brûlé le virus, comme le fer rouge ou le caustique doit le brûler suivant certaines opinions; mais elle en a arrêté la marche, en établissant autour de lui une barrière contre laquelle son action s'épuise.

Ce n'est donc pas seulement à décomposer le virus, mais encore à déterminer cette inflammation salutaire, que j'ai dû faire servir la cautérisation, et c'est parce que la réaction que je désire est faible et difficile à obtenir au milieu de tissus sur lesquels le virus a déjà produit une action sceptique, que je porte le fer rouge quelques pouces plus loin qu'on ne le fait, sur des parties souvent saines ou moins altérées, et par là même plus susceptibles de réagir.

J'ai cru pouvoir appliquer avec utilité ces principes de cautérisation dans les cas de morsures d'animaux enragés. J'ai cautérisé plusieurs personnes mordues par le même chien; je les suivrai, ainsi que notre malade, tout le temps nécessaire pour juger les événements dont je rendrai compte plus tard. Vous trouverez dans les livres d'ailleurs, toutes les précautions particulières qu'exige la cautérisation; je ne vous en entretiendrai donc pas. Mais faite avec le fer rouge, elle est très-douloureuse; les malades réclament l'emploi des moyens sédatifs. Gardez-vous de céder à leurs instances; n'employez ni les cataplasmes, ni l'eau froide, ni les chlorures; pansez à sec, et ne cherchez à modérer des douleurs utiles que lorsque leur excès fera craindre un trouble dangereux dans les fonctions du système nerveux, ce qui doit être extraordinairement rare et que je n'ai pas encore observé. Dans ce cas seulement, vous pourriez employer les émollients et les narcotiques, mais en vous souvenant toujours qu'ils doivent servir à modérer les douleurs et non pas à les éteindre.

Tels sont les principes d'après lesquels je pratique la cautérisation, soit contre la pustule maligne et le charbon, soit contre les morsures d'animaux enragés. Je ne prétends point borner l'application de ces principes à ces deux cas seulement; on devra les suivre toutes les fois qu'il s'agira de détruire et d'arrêter les effets d'un virus quel qu'il soit. Vous connaissez trop les soins hygiéniques qu'on doit mettre en usage après la cautérisation et pendant tout le temps que l'on a à redouter le développement de la rage; il serait superflu de vous en entretenir.

Erysipèle du bras et de l'avant-bras; traitement par les moyens ordinaires; emploi des onctions mercurielles d'après la méthode de M. Serre, d'Uzès; guérison.

Mademoiselle Amélie P..., âgée de six ans, d'un tempérament lymphatique, fut prise, sans cause connue, d'une douleur assez forte vers le tiers supérieur du bras gauche. Le lendemain, la douleur continue; on aperçoit une légère rougeur sur la peau; cet état persiste pendant trois jours.

Appelé le quatrième jour de la maladie, je trouvai le bras douloureux; la peau rouge, tendue, très-sensible, brûlante, et couverte çà et là de phlyctènes. Le diagnostic était facile à porter : il était clair qu'on avait affaire à un érysipèle. Aussitôt je fis appliquer, en égard à la force et à l'âge de la malade, 10 sangsues seulement au-dessus et au dessous du mal, recommandant bien d'en laisser saigner les morsures pendant deux heures au moins, et de provoquer même l'écoulement sanguin s'il était nécessaire.

Le bras et la partie malade de l'avant-bras furent re-

couverts par un cataplasme renouvelé trois fois par jour ; un demi-lavement purgatif fut administré dans la même journée. La petite malade fut mise à la diète absolue, et prit pour toute boisson de la limonade édulcorée.

2e *jour du traitement*. La maladie ne fait pas de progrès ; toujours douleur, rougeur et caloricité de la peau.

3e *jour*. L'érysipèle s'étend à un pouce environ au delà de l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de l'avant-bras. Nouvelle application de sangsues ; cinq seulement sont employées à cause de la faiblesse du sujet, et placées à un pouce au delà du mal.

4e *jour*. Etat stationnaire ; douleur.

5e *jour*. Emploi des onctions mercurielles à haute dose, d'après la méthode de M. Serre, d'Uzès ; deux onces d'onguent mercuriel double sont employées le premier jour ; le soir diminution de la douleur, la rougeur à la peau est moindre.

Le lendemain, 6e *jour*. Continuation du même médicament ; l'érysipèle est presque enlevé ; la douleur est nulle.

7e *jour*. La maladie a totalement disparu, grâce à l'efficacité du médicament.

Il n'y a pas eu le moindre signe de salivation.

— Cette observation, recueillie à Paris comme toutes celles que nous possédons aujourd'hui, atteste la promptitude des effets du mercure en frictions ; en deux jours on voit la peau se dérougir, se flétrir, la douleur disparaître. Lorsqu'en 24 ou 48 heures il n'a pas sensiblement changé le mal en bien, ou ne l'a pas empêché d'augmenter, on peut s'attendre à la suppuration ou à tout autre terminaison destructrice. Ainsi, après ce court emploi des frictions mercurielles dans le *panaris*, on est assuré de la présence du pus si ce traitement actif n'a pas enlevé la douleur et le gonflement. On peut également avec confiance, plonger le couteau dans le centre du phlegmon, lorsqu'après deux jours de son usage on n'a pas obtenu une amélioration. Dans le charbon, la phlébite et autres inflammations assez graves pour compromettre la vie, l'insuccès du mercure au deuxième ou troisième jour doit inspirer des craintes fondées pour la gangrène ou une terminaison fatale. Le temps viendra où les praticiens attacheront une grande valeur aux données diagnostiques et séméiologiques fournies par le traitement abortif.

L'effet thérapeutique du mercure est instantané, comme il arrive au plus tard en 48 heures si l'inflammation est résoluble ; si la suppuration n'est pas formée au moment de son application, elle doit être enlevée au bout de ce temps ou avoir reçu une impulsion rétroactive telle, qu'il est inutile d'insister encore sur l'usage de la pommade. Alors il faut de rigueur la suspendre pour éviter sûrement la salivation, ou bien s'y exposer, en courir les chances pour éviter de plus grands dangers. En suivant ce mode d'administration, un malade peut en consommer demi-livre et même une livre en 48 heures, sans avoir de ptyalisme ; et, chose bien remarquable et essentielle à noter, c'est que quelques gros absorbés en six à sept jours portent, chez certains sujets, une atteinte profonde sur les glandes salivaires.

Dans les inflammations aiguës violentes, il faut de rigueur suspendre le mercure au bout de deux jours. Ce temps suffit à la manifestation de son action thérapeutique ; il suffit aussi pour constater son impuissance bien digne d'être étudiée sous les rapports séméiologiques et diagnostiques indiqués ; de cette manière, on évite le ptyalisme qui arrive ordinairement du troisième au quatrième jour de son usage. Si l'on avait bien connu cette circonstance du traitement abortif, on n'aurait pas eu à se plaindre de l'excitation salivaire et buccale. Le climat froid ne dispose pas au développement de cette impression ; dans le midi de la France, on provoque aussi la salivation lorsque l'on s'écarte du principe que nous venons d'esquisser pour l'administration du mercure.

SERRE, d'Uzès.

N° 20. — 16 FÉVRIER.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. RICORD.

Note sur l'emploi du proto-iodure de fer.

(Suite du numéro 15, 4 février 1837).

Dans un précédent article, nous avons fait connaître la méthode suivie pour l'emploi de l'iodure de fer tant à l'intérieur, dans la cure des maladies vénériennes et de quelques-unes de leurs complications, qu'à l'état de solution fractionnée contre les affections catarrhales de l'urètre.

Nous nous bornerons aujourd'hui seulement à quelques détails sur la manière d'agir de la nouvelle médication de M. Ricord.

Dans tous les cas de blennorrhagie où les injections astringentes toniques sont indiquées, l'iodure de fer paraît devoir être placé en première ligne. En général, son usage ne saurait être contre-indiqué que par trop d'inflammation ou de douleur dans l'émission de l'urine. Bien entendu que tout symptôme de cystite offre les mêmes conditions.

A part ces circonstances, faciles à reconnaître, on pourra se promettre un succès presque assuré, à moins d'altération grave du canal, qui, dans tous les cas, demanderait une médication à part ou tout au moins concomitante. Voici, du reste, ce que M. Ricord a observé sur les nombreux malades soumis à son nouveau mode de traitement.

Lorsque la blennorrhagie était à son début et l'écoulement encore peu abondant, s'il n'existait qu'un peu de chaleur uréthrale, mais pas de douleur, ce qui eût été une contre-indication, l'iodure de fer administré à la dose de trois grains pour une once d'eau, a pu terminer la maladie à la sixième où à la huitième injection.

Dans très-peu de cas on a eu besoin d'augmenter la dose, ce qui, du reste, ne doit être fait qu'avec beaucoup de précautions ; car, ainsi que nous l'avons indiqué dans notre premier article, on s'exposerait à de graves inconvénients ; on peut ici presque dire qu'à moins d'avoir l'habitude de l'emploi de l'iodure de fer, on ne saurait sans danger l'administrer à haute dose. Ainsi, chez deux individus en apparence dans les mêmes conditions morbides, les injections d'iodure de fer peuvent produire des résultats complétement opposés. Ici la maladie disparaît comme par enchantement ; nous en avons donné plusieurs exemples ; là elle s'accroit avec violence, et peut arriver à la rétention d'urine, l'inflammation du col de la vessie et de cet organe lui-même.

Toutefois, nous devons noter que dans certains cas il ne faut pas s'en laisser imposer d'une manière absolue par de tels symptômes. En effet, si on suspend l'usage du médicament au bout de deux ou trois jours de repos et d'une hygiène convenable, tout disparaît, et l'écoulement, qui s'était, chez certains individus, montré comme sanguinolent et très-augmenté, passe bientôt à une sécrétion transparente qui cesse sans avoir besoin d'autres remèdes.

Les symptômes que nous venons de signaler sont rares; mais on serait presque sûr de les produire par l'emploi, au début, d'une trop haute dose.

Chez le plus grand nombre des malades, la guérison s'obtient sans aucune douleur; ils éprouvent seulement une espèce de serrement, de chaleur dans le canal. Chez quelques-uns, il y a un peu de douleur au méat urinaire. Chez d'autres, douleurs dans l'émission de l'urine. Enfin, par degrés, on peut arriver à tous les inconvénients que nous venons de tracer plus haut.

Les blennorrhagies passées à l'état chronique, quelle que fût leur source, toujours, ainsi que nous l'avons indiqué, lorsque le canal n'était pas altéré profondément, ont cédé à l'iodure de fer en quatre, six, au plus huit jours. Ici, dans l'administration du médicament, on a moins à craindre, le canal est moins susceptible d'inflammation subite, surtout si on n'augmente les doses d'iodure que d'une manière fractionnée, ainsi que le fait toujours M. Ricord.

Pour certains malades à tempérament débile, lymphatique, scrofuleux, l'iodure de fer doit être en même temps administré à l'intérieur d'après les règles posées par M. Ricord, ainsi que nous les avons énoncées dans notre premier article; en effet, il est important de noter que souvent on s'efforcerait en vain de guérir par des moyens locaux une affection qui, recevant toute l'influence des idiosyncrasies, ne saurait s'amender qu'à mesure d'une espèce d'assainissement général dans le tempérammment de l'individu.

C'est faute d'avoir bien apprécié ces conditions que souvent, en apparence, la thérapeutique a paru offrir des divergences si remarquables. Il n'y a pas de panacée; il y a de bons médicaments pour tel ou tel cas, mais qui ne sauraient suffire à tous, et dont l'association peut offrir des résultats qu'on aurait vainement cherchés par un usage exclusif.

En général, M. Ricord prescrit aujourd'hui, par suite de ses nouvelles recherches, l'iodure de fer en solution, trois grains pour une once d'eau. Si l'écoulement diminue, on continue jusqu'à cessation complète.

Dans les cas où l'écoulement ne paraît pas modifié dans sa nature ou dans sa quantité après deux jours d'injections, M. Ricord augmente la dose par fractions, ainsi que nous l'avons indiqué.

Si quelques symptômes de surexcitation ou de douleur se manifestent, on suspend l'usage du médicament pour ne le reprendre que deux ou trois jours plus tard, et lorsqu'on est bien convaincu que l'écoulement qui persiste ne provient pas du fait de la trop forte action de l'iodure. Du reste, les malades éprouvent souvent alors une assez forte douleur au méat urinaire dont les lèvres rougissent, se boursouflent, et offrent des marques d'irritation faciles à reconnaître, mais qui, d'après les indications que nous avons données, ne sauraient avoir de gravité qu'autant que l'on voudrait s'obstiner à continuer l'usage d'une médication dès lors inutile ou nuisible.

Enfin, nous croyons n'avoir pas besoin de revenir ici sur le reproche adressé par quelques auteurs aux injections, comme produisant les coarctations de l'urètre. Sans exhumer de vieilles discussions, nous pouvons affirmer que parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies à cet égard, pas un seul cas n'a pu justifier de telles allégations; et en ceci, nous retrouvons une confirmation pleine et entière des principes écrits et professés depuis nombre d'années par M. Ricord, qui peut-être, parmi les modernes, est celui qui a le mieux établi qu'on ne saurait attribuer les rétrécissements de l'urètre qu'aux cicatrices des diverses ulcérations qui peuvent siéger dans ce canal, ou bien enfin aux autres altérations pathologiques résultant de la persistance de l'inflammation sur les muqueuses.

A l'appui de ces faits, M. Ricord a présenté à l'Académie de médecine deux pièces de la plus haute importance.

J.-J.-L. RATTIER.

N° 21. — 18 FÉVRIER.

Preuves irrécusables de la liberté de l'enseignement.

« Une mesure de rigueur vient d'être prise par le conseil de l'instruction publique et contre tout élève d'une école normale qui, sans en avoir obtenu l'autorisation du ministre de l'instruction publique, se sera présenté devant une commission d'instruction primaire à l'effet de subir l'examen pour un brevet de capacité, avant d'avoir achevé le cours d'études de l'école normale à laquelle il appartient; l'arrêté dit qu'il encourra, s'il est boursier, la perte de la bourse dont il jouissait, et, en tous cas, l'exclusion de l'école; si le brevet de capacité lui a été délivré, ce brevet sera considéré comme nul, et ne pourra lui conférer aucun droit à exercer la profession d'instituteur. »

Ainsi ce n'est pas au savoir-faire que l'on accorde les grades, c'est à l'argent; c'est-à-dire que la capacité est considérée comme de nulle action; que dis-je, comme une cause de pénalité, si elle n'a pas payé les frais de scholarité. Ce qui se passe pour les écoles normales existe en médecine. On s'informe bien moins du savoir et de la capacité des candidats au doctorat, que de leur temps et de leurs charges de scholarité. On comprend maintenant pourquoi M. Adelon tient tant à ce mot de *scholarité;* il traduit la pensée des hommes de l'école : beaucoup d'élèves, beaucoup d'inscriptions, beaucoup d'argent.

Il est assez singulier de voir pareilles exigences dans un pays que l'on dit libre, tandis qu'en Allemagne, pays de despotisme, l'enseignement est régi d'une toute autre manière. La scholarité ne compte pas dans la plupart des universités; on se présente, on subit les examens exigés par la loi, et les capables sont reçus sans avoir satisfait à aucune condition de scholarité.

Il est encore en ce pays certaines conditions du professorat qui paraîtraient bien dures à quelques discoureurs de l'école. Les professeurs ne sont payés, ou du moins ne conservent le droit de professer officiellement que s'ils ont habituellement à leurs leçons un certain nombre d'auditeurs. Au-dessous de ce nombre, plus de privilége, plus d'avantages honorifiques et matériels. Combien parmi nos hommes à souquenille se verraient à ce titre dépouillés de leur *faculté oratoire !*

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Revue clinique du mois de janvier.

(Suite du numéro 17.)

2° *Rougeole.*

Quoique le tableau des maladies du mois que nous avons présenté au commencement de cette revue ne comprenne que trois cas de rougeole, le nombre de ces exanthèmes s'est élevé à sept, quatre s'étant manifestés chez des malades couchées dans les salles. Des trois malades venues du dehors, deux ont succombé ; l'une est sortie guérie. Des quatres dernières, il en est mort une seule. La première malade qui a succombé avait une double pneumonie qui s'était révélée par ses symptômes ordinaires. Elle était âgée de deux ans ; la mort a eu lieu six jours après l'éruption. La mort, chez la deuxième malade qui a succombé, a été précédée de symptômes tout à fait insolites. Elle était convalescente quand sont survenus des vomissements, une anxiété extrême et un sentiment de strangulation ; elle a eu lieu en quelques heures. A l'ouverture du cadavre, nous avons trouvé un ver lombric d'un pied de longueur dans l'œsophage. Tous les organes ont offert en outre un ramollissement considérable. Des malades qui ont contracté la rougeole dans l'hôpital, celle qui a succombé était affectée de carie vertébrale. Comme chez la première malade, une double pneumonie avait compliqué la rougeole.

3° *Scarlatine.*

Aux trois malades venues du dehors avec cet exanthème, il faut en ajouter deux qui l'ont contracté dans l'hôpital. Deux ont succombé. Chez l'une d'elles, qui portait une pneumonie lobulaire survenue à la suite de la rougeole, la scarlatine a été rapidement mortelle. Cette affection paraît avoir hâté la marche de la pneumonie, qui est restée disséminée, mais qui était parvenue au troisième degré dans plusieurs points.

4° *Variole.*

Au cas de variole noté dans le tableau, il faut en ajouter deux autres qui se sont manifestés dans l'hôpital. Ces trois varioles ont été confluentes ; elles sont toutes survenues dans des conditions on ne peut plus défavorables.

La première malade qui est venue du dehors, avait quitté l'hôpital huit jours auparavant, convalescente d'une scarlatine assez grave. L'éruption variolique a parcouru assez régulièrement sa marche. Cette jeune fille est encore dans les salles. La seconde malade était également convalescente de scarlatine ; elle a franchi sans danger toutes les périodes de l'exanthème varioleux ; mais après la desquamation elle a été prise d'une diarrhée qui a résisté aux émollients, aux opiacés, aux astringents et aux révulsifs, et qui a entraîné la mort. A l'ouverture, on a constaté un épaississement considérable, et la muqueuse du gros intestin et la fin de l'indestin grêle. La troisième malade était affectée de chorée quand la variole est survenue. Nous reviendrons sur ce cas en traitant la chorée.

5° *Pneumonie.*

Des trois pneumonies notées dans le tableau, une seule était primive. Les deux autres étaient survenues à la suite de la rougeole. Chez l'une d'elles il existait en outre des tubercules qui nous ont paru s'être développés sous l'influence de la même cause. Les tubercules se sont montrés à l'état de granulations grises demi-transparentes, quelques-unes offraient un point mat au centre, d'autres présentaient un aspect entièrement mat. Ces tubercules ont été trouvés chez un sujet qui a succombé à une double pneumonie, neuf semaines après l'invasion de la rougeole. C'était un enfant âgé de cinq ans, d'une forte constitution, d'un embonpoint considérable au moment où la rougeole s'est montrée chez lui. Aucun antécédent ne pouvait faire soupçonner la présence de tubercules. L'autre malade, atteinte de pneumonie consécutive, a succombé à une scarlatine intercurrente, Nous en avons déjà parlé. Nous allons rappeler en peu de mots l'histoire de la troisième malade, chez laquelle la pneumonie était primitive.

3e *observation.* Victorine Bénezet, âgée de neuf ans, d'une assez forte constitution, ayant eu une scarlatine bénigne il y a deux mois, est prise dans la soirée du 21 janvier de céphalalgie, de douleur dans le côté droit de la poitrine, de toux et de fièvre. Ces symptômes persistent jusqu'au 24, jour de l'admission à l'hôpital. La malade garde le lit, observe la diète et ne prend que des boissons insignifiantes.

Le 25, quatrième jour de la maladie, elle offre l'état suivant :

Décubitus dorsal, face médiocrement et également colorée des deux côtés, céphalalgie sus-orbitaire, intelligence nette, douleur du côté droit de la poitrine, siégeant au-dessous du sein et augmentant par la toux et les inspirations ; expectoration peu abondante, dont nous ne pouvons constater les caractères, le produit n'en ayant pas été gardé ; la peau est chaude, le pouls est large et accéléré ; 120 pulsations par minute ; la gêne de la respiration est assez considérable, nous comptons 42 mouvements inspiratoires en une minute. Lorsqu'on percute le côté droit de la poitrine, on trouve le son mat dans le tiers inférieur ; le bruit respiratoire est dans cette partie faible et éloigné ; vers le bord inférieur du creux de l'aisselle, dans l'étendue d'un pouce, en tous sens nous constatons de la respiration bronchique et de la bronchophonie ; dans les parties supérieures, le bruit respiratoire est net et fort, ainsi que dans le côté gauche. La langue est couverte d'un voile blanchâtre, la soif est vive, l'appétit nul, le ventre souple et indolent. Mauve ; sirop de gomme ; looch avec 1 gros d'oxyde blanc d'antimoine.

Le 29, dans la matinée la malade prend quelques cuillerées de lait qui sont rejetées par le vomissement. La douleur de côté persiste, un peu moins vive que la veille ; le pouls est descendu à 104, et la respiration à 30 ; la douleur de tête est dissipée. L'auscultation et la percussion fournissent les mêmes renseignements que la veille. Même prescription.

Le 27, la douleur de côté n'est pas encore éteinte ; cependant le souffle bronchique et la bronchophonie ont disparu, le son reste un peu obscur inférieurement ; le pouls est descendu à 90, il offre quelques irrégularités ;

la peau est moite ; la respiration est à 30, comme la veille. Une épistaxis a eu lieu dans la matinée.

Le 28, le mieux se soutient.

Le 29, 24 inspirations, 64 pulsations. La malade tousse à peine ; elle ne ressent plus aucune douleur de côté. Le bruit respiratoire est toujours un peu plus faible à la partie inférieure droite que dans les autres points du thorax. Les voies digestives sont en bon état. On supprime l'oxyde d'antimoine, et on accorde des potages.

Les jours suivants, on augmente la dose des aliments, et cette jeune fille quitte l'hôpital entièrement guérie.

Cette pleuro-pneumonie était des plus bénignes ; elle était très-circonscrite d'après les renseignements fournis par la percussion et l'auscultation du thorax. Très-probablement un léger épanchement séreux occupait la partie inférieure de la plèvre. Le noyau de tissu pulmonaire hépatisé s'est résolu assez rapidement, et l'épanchement s'est résorbé sous l'influence du régime et de quelques gros d'oxyde blanc d'antimoine.

6° *Phthisie pulmonaire.*

Cette maladie occupe une large place dans le tableau qui précède cette revue.

Nous avons noté neuf phthisiques, dont huit ont succombé avec des excavations tuberculeuses qu'avaient annoncées pendant la vie le gargouillement et la pectoriloquie. Une neuvième malade, atteinte de coqueluche, avait également des cavernes. Chez la dixième phthisique, il n'existait aucune excavation ; mais les tubercules étaient si nombreux et si rapprochés, qu'ils ont amené la mort par suffocation.

Nous commencerons par ce fait, et nous le ferons suivre de deux autres. On pourra se convaincre qu'à un certain âge la phthisie pulmonaire chez les enfants se présente avec le même ensemble de symptômes, soit généraux, soit locaux, que chez l'adulte.

4e *observation.* Julie Dupuis, âgée de trois ans et demi, est née de parents sains, mais elle n'a jamais joui que d'une santé précaire ; sa taille est celle d'un enfant de trois ans, ses membres sont grêles. Elle tousse depuis son retour de nourrice, qui a eu lieu à l'âge de deux ans. Pendant les mois de novembre et de décembre, elle a été affectée d'une pleurésie aiguë du côté droit, qui a exigé deux applications de sangsues.

Au moment de son admission à l'hôpital, dans les premiers jours de janvier, nous constatons les traces de la pleurésie. Des fausses membranes épaisses paraissent s'être formées entre la plèvre et le poumon droit. Le côté de la poitrine ne présente pas plus de développement que le côté opposé. Le son y est obscur, le bruit respiratoire faible. L'auscultation ne permet d'entendre autre chose que du râle muqueux. La toux est sèche, le pouls ne donne pas plus de 100 pulsations le matin, mais il s'accélère chaque soir, ainsi que la respiration, qui le matin se répète seulement trente fois par minute. Il existe en outre de la diarrhée.

Pendant les huit jours qui suivent son admission, l'état de cette malade ne subit aucun changement. Les parents la retirent de l'hôpital, et la ramènent agonisante le 30 ; elle meurt suffoquée le 31.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons des adhérences générales et intimes entre le poumon droit, la plèvre costale et le diaphragme. Le poumon gauche est libre. Les glandes bronchiques ont subi la dégénérescence tuberculeuse. Dans le poumon droit, des tubercules d'un blanc mat, du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chenevis, occupent soit la surface, soit le centre de l'organe. Ils sont rapprochés en quelques points et forment de petites masses de la grosseur d'une aveline, autour desquelles le tissu pulmonaire est induré. Le poumon gauche est également farci de tubercules ; ils sont également repartis dans les deux lobes, et aussi rapprochés à la base qu'au sommet. Aucun d'eux n'est ramolli. On trouve quelques-unes de ces productions dans les fausses membranes qui tapissent le poumon droit. Des ulcérations et des tubercules sous-muqueux existent dans l'intestin. Le foie et la rate contiennent aussi des tubercules.

5e *observation.* Reine Hervet, 11 ans, entre à l'hôpital le 25 janvier, salle Sainte-Cathérine, n° 1. Née d'un père habituellement souffrant de la poitrine et mort du choléra, cette jeune fille a vu mourir de la phthisie pulmonaire un de ses frères à l'âge de 18 ans, et une de ses sœurs à l'âge de 24 ans. Elle a eu, dans sa première enfance, différentes exsudations du cuir chevelu et des engorgements glanduleux au cou qui ont disparu. Elle a contracté la rougeole à l'âge de 7 ans. Une bronchite opiniâtre a accompagné cet exanthème, et a persisté longtemps après sa disparition. L'application d'un vésicatoire au bras a été jugée nécessaire à cette époque. La malade porte encore cet exutoire. Le catarrhe qui avait suivi la rougeole disparut au bout de quelques mois ; la malade reprit de l'embonpoint et des forces. Mais la toux reparut plus tard, et cessa pour revenir encore. Depuis dix mois la malade n'a pas cessé de tousser ; elle a expectoré plusieurs fois du sang, mais jamais en très-grande quantité. Elle a fréquemment ressenti des douleurs entre les deux épaules, a éprouvé de la diarrhée, et a dépéri progressivement. Depuis trois mois, affaiblissement graduel de la voix, fièvre le soir, sueurs partielles la nuit. Malgré ces graves accidents, l'appétit est toujours resté intact ; la malade a conservé assez de forces pour se lever chaque jour.

Le 26, à la visite du matin, nous constatons l'état suivant : Décubitus dorsal, rougeur circonscrite des pommettes contrastant avec la pâleur du reste de la face, amaigrissement général, œdème autour des malléoles, cheveux blonds, yeux bleus, cils très-allongés, thorax bien conformé. La toux est très-fréquente ; l'expectoration est peu abondante, le produit n'en a pas été gardé ; la voix est presque complétement éteinte. En percutant la poitrine, nous trouvons le son mat depuis la clavicule jusqu'au mamelon, à droite comme à gauche ; en appliquant l'oreille sur cette région, nous entendons à droite un souffle caverneux très-manifeste et du ronflement. A gauche, ce dernier signe manque, mais le souffle caverneux est très évident. La respiration est accélérée, 32 inspirations par minute. Le pouls, qui bat de 80 à 90 fois par minute le matin, s'élève le soir à 100 et 120. Le ventre est indolent ; le palper n'y fait reconnaître aucune tumeur. La diarrhée qui tourmentait encore la malade il y a quelques jours, a cessé. Elle conserve de l'appétit, réclame des aliments avec instance et demande à se lever. Son intelligence conserve toute sa netteté. (Bois-ons gommeuses ; julep avec demi-once de sirop de pavot blanc ; soupe, bouillon, œuf). Pendant les

trois jours qui suivent, la malade se lève, et prend des aliments.

Le 29, elle passe encore une partie de la journée hors de son lit. Dans la soirée, elle est prise subitement d'une douleur du côté droit de la poitrine et d'une dyspnée intense.

Le 30, la malade ne peut rester couchée, elle se tient sur son séant; les lèvres sont violacées; la dyspnée est considérable; nous comptons jusqu'à 72 inspirations par minute; le pouls offre une fréquence qui est en rapport avec celle de la respiration. La mort a lieu à cinq heures du soir.

A l'ouverture du corps, qui est pratiquée 40 heures après la mort, nous trouvons la muqueuse qui tapisse le larynx, la trachée et les bronches, rouge et épaisse en plusieurs points; elle ne présente ni érosion, ni ulcération. Les glandes bronchiques sont hypertrophiées; un très-petit nombre d'entre elles a subi la dégénérescence tuberculeuse. Des adhérences anciennes unissent le sommet des deux poumons aux parois thoraciques. La cavité pleurale droite renferme trois verres environ de sérosité sanguinolente. Celle du côté opposé est vide. Les trois lobes du poumon droit sont intimement unis entre eux. Le lobe supérieur est creusé par une excavation pouvant loger un œuf de poule, et renfermant un pus grisâtre grumeleux. Le tissu qui forme les parois de cette caverne est induré; il se laisse couper par tranches minces et se précipite au fond de l'eau. Dans les deux autres lobes existent plusieurs autres petites excavations pouvant loger un pois ou une aveline Dans l'intervalle, on rencontre des tubercules crus et de la matière tuberculeuse infiltrée. Dans le lobe inférieur seulement, on trouve quelques portions de tissu pulmonaire perméable à l'air. A gauche, excavation large et anfractueuse au sommet. Même altération, du reste, du parenchyme pulmonaire qu'à gauche. Rien au cœur ni au péricarde. L'estomac offre une assez grande capacité. La muqueuse est pâle, et partiellement ramollie dans le grand cul-de-sac où elle est en contact avec une certaine quantité de liquide. Dans l'intestin grêle et le gros intestin, on trouve çà et là quelques tubercules sous-muqueux, et quelques ulcérations. Dans l'intervalle, la muqueuse a une assez bonne consistance. Les matières contenues dans le colon et le rectum sont solides. Les glandes mésentériques sont un peu plus développées que dans l'état normal, mais non tuberculeuses. Le foie, la rate et les reins sont exempts d'altération, ainsi que l'encéphale et ses annexes.

6e *observation*. Antoinette Micolte, âgée de 14 ans, entre le 10 janvier, salle Ste-Catherine, n° 11.

Cette jeune fille, d'une taille assez élevée, ayant le thorax bien conformé, est née d'un père qui a succombé à la phthisie pulmonaire à l'âge de 43 ans; elle est la dernière de quatorze enfants issus du même père, et qui ont tous succombé avant l'âge de 10 ans. La mère jouit d'une bonne santé. Antoinette a eu, dans sa première enfance, des engorgements des ganglions cervicaux qui ont maintenant disparu. Elle a contracté la rougeole à l'âge de huit ans, et n'a eu aucun rhume inquiétant à la suite. Il y a dix mois, elle a été atteinte d'une affection aiguë de poitrine qui l'a retenue plusieurs jours au lit, et dont la convalescence a été assez franche. Il y a trois mois, cette jeune fille a quitté l'Auvergne pour venir à Paris. A son arrivée, elle a été reprise de toux, de douleur dans le trajet du sternum; la diarrhée n'a pas tardé à se joindre au catarrhe. Tous ces symptômes ont persisté jusqu'à l'admission de la malade à l'hôpital. Pendant ces trois mois, elle a craché plusieurs fois du sang en petite quantité, elle n'a cessé de tousser, elle a eu constamment de la fièvre le soir, elle a vomi quelquefois à la suite des efforts de toux. Elle a toujours conservé de l'appétit. On lui a appliqué pendant ce laps de temps un cautère au bras, un vésicatoire sur la poitrine, et on lui a administré des boissons pectorales.

A son arrivée, nous trouvons la face pâle, amaigrie, ainsi que le reste du corps; la faiblesse est telle que la malade est contrainte à garder le lit. La voix est enrouée, la parole entrecoupée, la toux également fréquente la nuit et le jour. Le côté gauche de la poitrine rend un son mat dans presque toute son étendue; l'oreille appliquée dans la fosse sous-épineuse, on perçoit du gargouillement et de la pectoriloquie. Au-dessous de ce point, on entend un gros râle muqueux se rapprochant du gargouillement. Le gargouillement et la pectoriloquie sont également très-manifestes avant, entre le mamelon et la clavicule. A droite le son est clair, le bruit respiratoire s'entend net et fort, et même exagéré. L'expectoration est grisâtre, puriforme, et contient quelques stries de sang et quelques parcelles opaques. La respiration est accélérée, nous comptons 32 inspirations par minute. Le pouls donne le matin 96 pulsations, mais il s'accélère notablement le soir. A quatre heures la figure rougit, la peau s'échauffe, le pouls s'accélère et persiste jusque dans la matinée où d'abondantes sueurs surviennent. Le ventre est assez volumineux et indolent à la pression. Les selles sont nombreuses, et ont lieu sans coliques. On prescrit à cette malade l'infusion de mauve pour boisson, une potion avec 1 et puis 2 grains de tartre stibié, et des pilules de digitale et de sulfate de quinine. La potion stibiée est mal supportée par la malade. Elle donne lieu pendant les premiers jours à des nausées et à des vomissements. Aucune amélioration ne survient, et la mort a lieu dans un accès de dyspnée le 31 janvier. La malade conserve jusqu'au dernier moment toute son intelligence.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons une énorme excavation tuberculeuse à la base du lobe supérieur gauche; des adhérences anciennes unissent le sommet de ce poumon à la plèvre costale. Dans le lobe inférieur nous trouvons plusieurs autres excavations tuberculeuses de petites dimensions, et dans l'intervalle des tubercules crus. Les bronches du côté gauche sont rouges, les glandes bronchiques sont hypertrophiées et transformées en masses tuberculeuses. Le poumon gauche ne présente aucune caverne, mais on y trouve de petites masses tuberculeuses et des tubercules miliaires en assez grand nombre. Plusieurs points du tissu pulmonaire sont indurés.

Le péritoine renferme un litre environ de sérosité transparente; les ganglions qui entourent le foie et le pancréas ont subi la dégénérescence tuberculeuse. L'estomac offre une assez grande capacité; sa muqueuse est pâle et un peu épaissie. Dans la dernière moitié de l'intestin grêle et dans le gros intestin, nous trouvons plusieurs ulcérations, dont quelques-unes occupent tout le pourtour de ce canal. Les autres viscères n'offrent rien de remarquable.

N° 22. — 21 FÉVRIER.

HOTEL-DIEU.

Clinique de DUPUYTREN. 1830 — 1831.

Hydrocèles funiculaires chez l'homme.

1re *Variété.* Un jeune homme âgé de dix-huit ans, entra à la clinique pour être traité d'une tumeur inguinale du volume d'un petit œuf de poule. Elle avait été aperçue par le malade depuis trois mois. Le mal avait été pris et traité pour une hernie. Il était placé dans le trajet du cordon spermatique, entre la glande de ce nom et l'anneau inguinal ; ses afférences sont celles d'un bubonocèle. La tumeur est rénitente, indolore, sans changement de couleur à la peau, et irréductible par le taxis.

Dupuytren fait tousser le malade en serrant la tumeur entre ses doigts ; il s'assure par là que ce n'est pas une hernie ; il examine la tumeur à la lumière et y trouve de la transparence. Dès lors plus de doute sur la nature de la maladie, l'hydrocèle enkystée du cordon était de toute évidence. Aussi Dupuytren procéda-t-il sur-le-champ à l'opération d'après la méthode dite par incision. Il divisa couche par couche les tissus verticalement et avec une lenteur étudié. Il fit remarquer combien cette précaution était indispensable pour être sûr de ne pas blesser le cordon. Effectivement, le kyste peut s'être développé derrière le faisceau testiculaire, et celui-ci se présenter au tranchant de l'instrument ; il peut aussi s'être développé à droite ou à gauche, et le cordon se trouver sur un côté de la tumeur.

Arrivé progressivement jusqu'à la poche aqueuse, l'opérateur l'ouvrit largement ; quelques onces de sérosité citrine s'écoulèrent, et l'on vit alors que le dernier diagnostic avait été exact. Le kyste fut rempli de charpie mollette ; la suppuration s'établit et le malade finit par guérir.

Cette première espèce d'hydrocèle paraît offrir une grande analogie avec les kystes qui naissent dans le trajet des tendons extenseurs du poignet et des doigts, et qu'on appelle ganglions. Il y a en effet une ressemblance assez frappante entre l'espèce d'atmosphère cellulaire des gaînes des tendons et celle du cordon testiculaire, qui est un prolongement du tissu cellulaire extra-péritonéal. Il est évident qu'ici la méthode la plus simple et la plus sûre de traitement, c'est l'incision. Cette méthode convient d'autant mieux qu'en cas d'équivoque dans le diagnostic, l'incision éclaire tout et met à l'abri des accidents possibles.

2e *Variété.* Un enfant âgé de dix ans fut admis à la clinique pour être traité d'une tumeur oblongue dans l'aîne, ayant la forme d'une grosse saucisse, dirigée dans le sens du cordon testiculaire, se prolongeant en haut jusque dans le canal inguinal, en bas jusqu'au voisinage de l'épididyme. Cette tumeur était indolente, sans changement de couleur à la peau, diaphane à la lumière artificielle, irréductible par le taxis, n'augmentant point sous les secousses de la toux. Dupuytren diagnostiqua une hydrocèle du cordon, mais il fut dans le doute sur la communication de la poche avec la cavité abdominale. Il pratiqua une ponction avec un trois-quart à la partie inférieure de la tumeur, évacua un quart de verre de liquide jaunâtre ; et y fait deux injections vineuses. Afin cependant de s'opposer à la précipitation de l'injection dans l'abdomen, il fit exercer par les doigts d'un aide une forte compression sur l'anneau inguinal durant l'opération. La réaction ayant eu lieu à l'ordinaire, la poche s'oblitéra et le malade guérit.

Dupuytren fit observer à cette occasion que l'opération a pu, dans ce cas, remplir le double but de guérir l'hydrocèle et de prévenir la formation d'une hernie consécutive par l'oblitération de l'anneau inguinal. Ce second effet cependant n'est pas aussi certain que le premier.

Il y a, comme on le voit, une assez grande différence entre les deux variétés d'hydrocèle qui précèdent. La dernière a pour siége cette portion de péritoine qui double le cordon en se continuant d'un côté avec la vaginale, de l'autre avec la séreuse abdominale. Cette hydropisie peut, en conséquence communiquer avec les deux cavités, et être compliquée de hernie, tandis que l'autre forme un kyste tout à fait isolé et en dehors de la séreuse du cordon ; aussi leur forme est-elle différente. L'une est ronde et superficielle, l'autre oblongue et profonde. Leur traitement offre également quelques considérations spéciales qui sont faciles à saisir d'après les détails qui précèdent. Ajoutons que cette seconde variété d'hydrocèle funiculaire se rencontre aussi chez la femme quelquefois. Le ligament rond de l'utérus offre, comme on sait, des connexions avec un prolongement du péritoine analogues à celles du cordon spermatique chez l'homme (ligament de Nuck) ; de là la possibilité de la même maladie. La science possède déjà un assez grand nombre de faits relatifs à cette espèce d'hydrocèle chez la femme ; M. Regnoli, de Pise, a publié, il y a quelque temps, un excellent mémoire sur ce sujet.

3e *Variété.* En même temps que les deux faits précédents étaient observés à l'Hôtel-Dieu, un autre un peu différent se présentait dans la salle Saint-Augustin de la Charité.

Il s'agissait d'un homme qui offrait dans l'aîne droite une hydrocèle enkystée, du volume d'une orange, formée dans un vieux sac herniaire. La hernie avait été guérie, le col du sac avait été oblitéré, et la poche séreuse était restée comme chiffonnée pour ainsi dire dans le trajet du cordon ; elle finit à la longue par former la tumeur en question. Boyer douta d'abord de sa nature ; l'incision cependant mit le tout en évidence, et le malade guérit comme celui dont nous venons de parler en premier lieu.

Ces trois variétés d'hydrocèle du cordon ne sont pas neuves, mais les faits qui les font constater sont assez rares. Il y en a une quatrième, l'hydrocèle par infiltration du tissu cellulaire de la même partie, qu'on ne rencontre que rarement aussi, chez les enfants. Cette variété peut, comme la seconde, se guérir par la compression : son diagnostic, du reste, offre assez d'obscurité le plus souvent.

Hydrocèle testiculaire double. Ponction et injection d'un côté. Guérison des deux.

Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, entre à la clinique avec une double hydrocèle testiculaire. Celle du côté droit est très-volumineuse et ancienne, l'autre est petite est récente. Dupuytren ponctionne et injecte avec du vin la première ; la réaction a lieu à l'ordinaire,

et le malade guérit des deux côtés à la fois. Ce clinicien racontait avoir observé plusieurs fois le même phénomène; aussi avait-il établi les deux préceptes suivants de pratique.

1° Lorsque de deux hydrocèles testiculaires l'une est récente et petite, il suffit, pour la guérison de toutes les deux, de ponctionner et d'injecter la plus ancienne; la phlogose de ce côté se communiquant en même temps à l'autre, l'oblitération de la double poche ne manque pas d'avoir lieu.

2° Lorsque les deux hydrocèles sont volumineuses, il faut ponctionner des deux côtés, et il suffit d'injecter un seul côté pour obtenir la guérison des deux.

Ces deux règles cependant souffrent quelques exceptions.

Hydrocèle testiculaire avec décomposition du cordon spermatique et déplacement antérieur de ce cordon.

Un vieillard se présente à la clinique avec une hydrocèle unilatérale volumineuse. Observée à la chandelle artificielle, la tumeur est transparente; le cordon spermatique cependant se présente en avant, traversant verticalement la paroi antérieure de la poche, sous la forme d'un ruban, large de deux travers de doigt. Le testicule est aussi en avant, mais inférieurement, de manière que si cette tumeur eût été ponctionnée à l'endroit ordinaire, on aurait risqué de blesser l'artère, le nerf spermatique, ou bien la glande de ce nom. Dupuytren plongea donc le trois-quarts latéralement, et il arriva sans danger dans la poche aqueuse.

Ce chirurgien rappela à cette occasion la haute portée de cette observation faite par Scarpa la première fois sur la décomposition et le déplacement antérieur du cordon spermatique, dans les vieilles hydrocèles et dans les hernies anciennes; et sur le danger de la blessure du cordon en question, ainsi que cela résulte des faits publiés par le chirurgien de Pavie. Aussi Scarpa et Dupuytren ont établi en pratique de ne jamais ponctionner la tumeur sans s'assurer d'abord à la chandelle de la véritable position des parties indiquées. On conçoit du reste, que si l'artère spermatique venait à être blessée, la castration serait inévitable pour remédier à l'accident.

Tout le monde connaît la doctrine de Scarpa, concernant le mécanisme de la décomposition et du déplacement du cordon spermatique (*V.* Traité des hernies). Ce n'est pas là l'opinion de Dupuytren. Ayant eu l'occasion de disséquer plusieurs hydrocèles lorsqu'il était chef des travaux anatomiques, ce chirurgien a reconnu que le déplacement dont il s'agit tient moins à l'ancienneté qu'au mode de développement de l'hydrocèle. L'hydropisie peut commencer en avant, en arrière, en dedans ou bien en dehors du testicule; cet organe avec son cordon est alors déplacé, soit dans un sens, soit dans un autre. La doctrine de Dupuytren cependant ne rend pas compte de la décomposition du cordon. Ce qui importe cependant pour la pratique, c'est de tenir compte du fait lui-même.

N° 23. — 23 FÉVRIER.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. RICORD.

Déviation du chancre dans sa période de réparation.

(Cinquième leçon.)

Si la période ulcérative peut produire des variétés assez distinctes pour qu'on en ait voulu faire autant de maladies différentes, il en a été de même pour la réparation lorsqu'elle s'écarte de la marche régulière.

Je n'ai pas besoin de vous dire que la cicatrisation du chancre se fait comme celle d'une ulcération simple, si rien ne vient la compliquer; mais il arrive souvent que les chancres abandonnés à eux-mêmes, ou mal traités, passent à l'état fongueux, et les bourgeons charnus se transforment en végétations qui peuvent offrir toutes les variétés dont les végétations vénériennes sont susceptibles : alors on leur a donné différents noms.

Dans une période, le fond de l'ulcère devient élevé, de profond qu'il était; c'est ce qui constitue l'ulcus elevatum offrant une surface plus saillante que les bords qui l'entourent. L'ulcus elevatum a été considéré par quelques siphylographes comme constituant une maladie à part, dont le caractère particulier est de ne pas se reproduire par l'inoculation, et cependant de donner lieu à des symptômes secondaires.

Si vous vous rappelez ce que nous avons dit, vous vous expliquerez cette erreur; cette espèce n'est que le chancre à la période de réparation, mais avec excès d'éléments réparateurs, et dans lequel on ne doit plus retrouver l'inoculation. Cela confirme nos principes : il n'y a pas d'ulcus elevatum primitif absolu.

Si on avait suivi le chancre dans toutes ses phases, on aurait vu qu'il ne s'agissait que d'une réparation trop active, variable selon les conditions locales et les idiosyncrasies.

Nous devons rapprocher de cette lésion le chancre à la période ulcérative, avec excès d'induration de la base plus élevée que les parties voisines, et dont le sommet sera le véritable chancre; il faut encore rapporter à la guérison vicieuse l'induration qui reste quelquefois après la cicatrisation du chancre, elle est très-importante à noter pour le pronostic; il faut aussi tenir compte de l'anneau induré, qui primitivement représentait la marge : c'est de là qu'on a fait des syphilis indurées et des syphilis annulaires.

Dans l'histoire de la réparation, on a passé sous silence un point pathologique important. Il est incontestable qu'il arrive quelquefois sur place ce que j'appelle la transformation in situ, car le chancre primitif inoculé peut passer sur place à l'état d'ulcération secondaire non inoculable; et bien mieux, il nous a été permis d'observer le chancre primitif se transformant en tubercule muqueux qui, à vrai dire, dans certains cas n'est autre chose qu'un chancre transformé en symptômes secondaire.

Maintenant que nous avons vu les diverses déviations des deux périodes du chancre, je dois appeler votre attention sur ses complications : nous en avons

déjà dit quelques mots en parlant des déviations de la période ulcérative.

L'irritabilité nerveuse, l'inflammation doivent aussi être prises en considération. Il en est de même pour le siége du chancre ; ainsi lorsqu'il sera situé à la marge de l'anus, dans l'urètre, sur le limbe du prépuce, etc., la guérison sera retardée par les raisons que nous avons énumérées précédemment. Une autre complication non pour l'ulcère, mais pour l'individu lui-même, c'est un chancre que l'on ne peut découvrir, qui se trouve en contact avec des parties saines, comme la muqueuse du prépuce quand il y a phymosis, ce qui empêche d'avoir les soins de propreté nécessaires et d'isoler les parties ; dans ce cas, il pourra se faire une inoculation de proche en proche. Il y a complication très-grave pour le chancre quand il siége sur un point où la circulation se fait mal, surtout la circulation en retour ; la gangrène est aussi une complication grave, mais non pas d'une manière absolue, car nous verrons plus tard qu'elle produit quelquefois de bons effets. Les hémorrhagies qui dégorgent les parties malades ne sont des complications que parce que les moyens hémostatiques ne peuvent souvent être employés qu'avec difficulté. On doit encore ranger parmi les complications du chancre, les mauvaises constitutions, les maladies antérieures, les mauvaises habitudes hygiéniques, et sur toute chose un mauvais traitement.

Quelques personnes considèrent l'onguent mercuriel comme l'antidote du chancre, et l'emploient pour toutes les espèces; je ne connais pas de pansement plus mauvais dans certains cas : l'onguent mercuriel et l'idée fixe du chancre huntérien sont les deux choses qui ont fait le plus de tort aux progrès de la science. Les saisons humides sont défavorables, les temps très-froids sont plus avantageux qu'on l'avait pensé : en somme on peut dire, les temps secs, une température moyenne conviennent le mieux.

Sous le rapport du diagnostic, on a voulu arriver d'une manière absolue à reconnaître un chancre dans tous les cas par l'aspect matériel et physique de la partie malade ; on a dit que l'ulcère devait présenter de toute nécessité, au début, fond gris, bords taillés à pic, etc., enfin tous les caractères déjà énumérés qui constituent le chancre huntérien, et sans cela point de syphilis. On doit ainsi tomber très-souvent dans l'erreur, car sur cent cas, il n'y en a pas quarante qui présentent tous ses caractères réguliers. Il est donc impossible d'établir un diagnostic absolu avec les caractères physiques de l'ulcère. Nous devons revenir à cette proposition déjà tant de fois énoncée, que le chancre n'est ni dans son fond, ni dans ses bords, ni dans sa base, mais bien tout entier dans le pus qu'il secrète, dont l'inoculation donnera toujours lieu au chancre. Il y a cela seul de régulier ; ce signe seul est incontestable. Je ne me fie ni aux antécédents moraux, ni aux caractères physiques, mais toujours à l'inoculation. Enfin les symptômes secondaires ne sont que le diagnostic tardif.

D'après ce que nous avons dit du chancre larvé, il est impossible d'établir, par le seul aspect de la matière sécrétée, un diagnostic entre la blennorrhagie virulente et la blennorrhagie bénigne.

Petronius dit qu'elle est virulente lorsqu'on l'a contractée d'une femme gâtée ; mais il est impossible de pouvoir remonter à la source, parce que la femme gâtée a été infectée par un homme gâté, et ainsi de suite.

D'autres syphilographes professent que la blennorrhagie virulente a une période d'incubation ; que la blennorrhagie bénigne n'en a pas, et de plus, qu'elle est causée par les fleurs blanches. Moi je soutiens qu'il n'y a pas incubation dans le sens absolu de ce mot, il y a seulement un travail morbide qui s'effectue dans les parties malades. Pour toute blennorrhagie, quelle qu'en soit la cause, il y a entre le jour du coït et le développement complet de la maladie, un temps d'évolution auquel on a donné à tort le nom d'incubation.

Il serait donc absurde de prendre, pour distinguer une affection virulente d'une autre qui ne l'est pas, l'existence de l'inoculation; il n'y a de diagnostic rationnel pour la blennorrhagie virulente, que la reproduction du chancre par l'inoculation de son pus, ou bien l'apparition de symptômes secondaires, symptômes qui dénotent la présence d'un chancre urétral.

Le pronostic du chancre est une question très-importante qu'il faut étudier : premièrement comme affection locale ; deuxièmement comme pouvant produire l'infection générale. Etudions-le d'abord comme affection locale.

Le chancre simple sur des individus sains, en dehors de conditions susceptibles de produire des déviations, est une maladie peu grave ; souvent il disparaît d'une manière spontanée, ou bien à l'aide de médications appropriées. Il faut encore bien tenir compte du siége : par exemple, un chancre placé à l'anus, à la fourchette chez la femme, au frein et dans l'urètre chez l'homme, pourra avoir une plus longue durée, parce que les matières qui passent sur ses diverses parties les irritent ou les déchirent. En somme, un chancre qui fera des progrès malgré une bonne médication, offrira toujours un pronostic fâcheux quant à la durée et à l'étendue. On a vu des chancres envahir les parois abdominales, les perforer et faire périr le malade.

Le chancre qui devient phagédénique à cause d'une mauvaise condition de siége sans cause interne, est ordinairement peu grave. Le chancre phagédénique pultacé, qui présente l'aspect de la pourriture d'hôpital, est toujours grave, parce qu'on ne sait jamais où il s'arrêtera. Vient ensuite le chancre phagédénique gangréneux par excès d'inflammation ; dans cette variété, on ne doit avoir égard qu'au pronostic de la gangrène.

Le moins grave de tous, comme affection locale, c'est le chancre phagédénique induré. Sa période destructive est bientôt limitée ; les pertes de substance, quoique considérables en apparence, ne le sont pas en réalité, car il n'y a eu que l'induration qui a été emportée ; il y a moins de chances d'hémorrhagies, de perforations des cavités. Quelquefois seulement la durée est longue, par la difficulté de faire disparaître l'induration.

Quant au pronostic de la période de réparation, c'est celui de toute plaie qui se cicatrise ; mais dans cette période, s'il survient des déviations, le pronostic devient plus grave. Toutefois, pour ce qui concerne la durée et la guérison définitive, si cette période ne présente pas beaucoup d'intérêt sous le rapport du pronostic de l'affection locale, nous verrons qu'il n'en est pas de même sous le rapport du pronostic de l'infection secondaire.

TREUILLE.

N° 24. — 25 FÉVRIER.

HOTEL-DIEU.

M. Chomel.

Pneumonies ataxo-adynamiques.

Les pneumonies présentent, depuis l'invasion de l'épidémie régnante, une fréquence et une gravité inaccoutumées. Chez plusieurs malades, la phlegmasie pulmonaire revêt les caractères ataxique et adynamique. Nous allons rapporter quelques cas dans lesquels la pneumonie s'est présentée sous ces formes, qui en rendent le pronostic fâcheux.

Pneumonie avec symptômes cérébraux; emploi des émissions sanguines, du tartre stibié et du musc; mort; hépatisation grise du lobe supérieur droit; infiltration séreuse de la pie-mère.

Un malade couché au n° 6 de la salle Saint-Paul, présentait, au moment de son admission à la clinique, les symptômes d'une pneumonie du sommet droit, compliquée de symptômes cérébraux. Douleur du côté droit augmentant par la toux et l'inspiration, son obscur et souffle bronchique au niveau de la région scapulaire, crépitation à larges bulles dans les parties inférieures du même poumon; en même temps, trouble de l'intelligence, réponses incertaines, parole mal articulée, propos sans suite. On a d'abord recours aux émissions sanguines. Aucun amendement ne survenant sous l'influence de cette médication, on prescrit le tartre stibié à haute dose; on y joint également le musc. Tous ces remèdes sont impuissants; le malade succombe dans la nuit du 19 au 20 février.

A l'ouverture du cadavre, on trouve tout le lobe supérieur droit hépatisé dans la plus grande partie de son étendue; la teinte grise du parenchyme pulmonaire indique que l'inflammation est parvenue au troisième degré. Les deux autres lobes présentent de l'engouement à la partie postérieure. La même infiltration séreuse sanguine se retrouve à la partie postérieure des lobes du côté gauche.

A raison du trouble des fonctions cérébrales qui avait eu lieu pendant la vie, on a soigneusement examiné le cerveau et ses enveloppes, et on n'a trouvé pour toute altération qu'une légère infiltration séreuse du tissu cellulaire sous arachnoïdien. La rougeur n'était pas plus vive que dans l'état normal. La substance encéphalique n'a offert aucune modification de sa couleur et de sa consistance naturelles.

M. Chomel a hésité à se prononcer sur la valeur de l'altération de la pie-mère. Pour savoir, dit-il, si cette infiltration séreuse a été la cause des symptômes cérébraux observés pendant la vie, il faudra comparer les membranes cérébrales des individus qui succomberont à la pneumonie avec ou sans symptômes cérébraux.

Pour nous, la question est résolue; nous ne croyons pas devoir considérer l'infiltration de sérosité transparente de la pie-mère comme le point de départ des accidents nerveux. Cette exhalation séreuse se retrouve chez la plupart des individus qui succombent après une longue agonie, et en particulier chez ceux qui périssent par asphyxie, comme cela a lieu dans les inflammations pulmonaires. Ainsi pour nous, le délire était tout à fait sympathique. Et ce que M. Chomel aurait dû faire remarquer, c'est que ce délire se manifeste beaucoup plus fréquemment dans la pneumonie du sommet que dans celle de la base.

M. Chomel a tenté l'usage du musc, quoique ce médicament ne lui inspire aucune confiance. Il ne l'a, dit-il, jamais vu réussir dans sa pratique. Il a cru devoir l'essayer néanmoins, parce que des praticiens de bonne foi (M. Récamier entre autres), disent en avoir retiré de grands avantages dans les pneumonies ataxiques.

Pneumonie adynamique.

Au n° 49 de la même salle est couché un homme qui a offert, au moment de son admission, outre les signes d'une pneumonie droite, des symptômes adynamiques, tels que prostration profonde, sécheresse de la bouche, enduit fuligineux de la langue et des dents, diarrhée, gargouillement dans la fosse iléo-cœcale.

A raison de ces derniers symptômes et de quelques épistaxis qui avaient eu lieu au début, M. Chomel a soupçonné une lésion des plaques de Peyer. Mais cette présomption ne nous paraît nullement fondée.

En interrogeant le malade avec soin, nous avons appris que la pneumonie avait été précédée des symptômes de la maladie régnante, qui dans un certain nombre de cas, débute par des épistaxis, de la céphalalgie et une certaine prostration des forces, et prend un caractère typhoïde. Le ventre n'a jamais présenté aucune tache lenticulaire; il est aplati indolent. Le gargouillement de la fosse iliaque a été passager, et ce signe d'ailleurs n'a pas une grande valeur. Quoi qu'il en soit, la pneumonie du côté droit semble depuis deux ou trois jours en voie de résolution; mais le côté gauche s'est affecté. Le pouls et la respiration conservent leur fréquence; la langue reste fuligineuse; l'excrétion des urines est involontaire. Le pronostic est des plus grave. On a renoncé aux émissions sanguines qui ont été mises en usage au début; on a actuellement recours aux préparations antimoniées et au vésicatoire appliqué sur la poitrine.

Pneumonie moins grave que les précédentes; emploi avantageux du bain.

Il règne dans le monde et même parmi beaucoup de médecins, un préjugé contre l'emploi des bains dans les affections aiguës de la poitrine. M. Chomel pense avec raison que ce moyen habilement manié peut être employé avec avantage dans certaines formes et à une certaine période de l'inflammation pulmonaire. Ce médecin y a recours non-seulement dans la pratique civile, où les malades sont placés dans les conditions hygiéniques les plus favorables, mais encore dans les hôpitaux. Les avantages ont été manifestes, toutes les fois que ce moyen était mis en usage dans les conditions que nous allons indiquer. Si après l'emploi des moyens ordinaires, la peau reste sèche et présente une chaleur âcre, si le pouls est fréquent, si les symptômes locaux restent stationnaires, on doit recourir aux bains tièdes. Sous l'influence de ce moyen, la peau s'assouplit, à la chaleur âcre succède une douce moiteur, et le pouls diminue de fréquence. C'est ce qui a eu lieu d'une manière bien tranchée chez un malade couché au n° 34 de la salle Saint-Bernard.

Cet homme, affecté d'une pneumonie du sommet depuis plusieurs jours, présentait, le 20 février, du souffle bronchique dans toute la région scapulaire; la peau conservait une chaleur âcre; le pouls donnait 96 battements par minute. On prescrit un bain, et le lendemain 21, le pouls est descendu à 84; la peau est le siége d'une douce moiteur; la respiration bronchique est mêlée d'un râle crépitant de retour. Le pronostic est dans ce cas très-favorable. La maladie marche vers une bonne et heureuse solution.

N° 25. — 28 FÉVRIER.

Leçon de M. ANDRAL *sur la grippe.*

Cette maladie a régné souvent d'une manière épidémique et avec différents degrés d'intensité. On lui a donné dans ces derniers temps le nom *d'influenza.* Un de ses principaux caractères est d'affecter à la fois un très-grand nombre d'individus; elle n'en épargne presque pas dans les pays où elle exerce ses ravages. Elle tend aussi à occuper une grande étendue de terrain, et ne se circonscrit pas comme certaines autres maladies épidémiques. Elle ne s'est pas toujours montrée semblable à elle-même; il y a eu des épidémies de grippe très-graves, et d'autres remarquables par leur bénignité. On n'a jamais vu l'ensemble des symptômes qui caractérisent la grippe se montrer chez des individus isolés; en d'autres termes, on n'a jamais observé cette affection sous forme sporadique.

Les épidémies de grippe peuvent se montrer à des intervalles plus ou moins rapprochés. C'est ainsi que depuis six ans nous l'avons observée trois fois en France, en 1831, 1833 et 1837. Les deux premières épidémies ont été moins graves, et ont frappé un moins grand nombre d'individus que la dernière. La grippe reconnaît pour cause spéciale un agent qui nous échappe. On a vu un certain nombre d'épidémies de grippe prendre naissance dans des pays humides, et où régnaient de grandes variations de température; mais en se propageant elle a gagné des pays chauds et secs; elle s'est montrée et a sévi avec une égale force dans toutes les saisons; donc elle peut apparaître, abstraction faite de toute circonstance atmosphérique particulière; il y a une inconnue qui préside à sa production.

A Paris elle n'a épargné aucun âge, aucun sexe. On en a eu néanmoins peu d'exemples chez les enfants âgés de moins de 2 ans; elle a frappé un assez grand nombre de sujets à l'âge de douze ans, a offert son maximum de fréquence chez les adultes, et n'a pas respecté les vieillards. On l'a observée chez des individus âgés de 85 ans. Elle s'est montrée dans toutes les conditions sociales et dans toutes les localités; on n'a pas remarqué qu'elle ait fait plus de ravages dans les quartiers populeux, où existent des conditions d'entassement, et où les règles de l'hygiène sont bien moins observées que dans les quartiers habités par les classes riches. Dans une maison, on a vu quelquefois un individu être frappé isolément, tous les autres étant respectés. C'est là le cas le plus rare. Dans d'autres, tous les habitants ont été frappés soit simultanément, soit successivement. La grippe est-elle contagieuse? Cette question est très-embarrassante. En raisonnant par analogie, on pourrait toutefois admettre sa propagation par voie de contagion. Les individus affectés de lésions organiques des poumons, de phthisie et d'emphysème pulmonaires, etc., sont plus aptes à la contracter que les autres.

Symptômes. Ce qui frappe surtout dans cette maladie, c'est un certain trouble de l'innervation, portant plus particulièrement sur la sensibilité et la motilité, et plus rarement sur l'intelligence. Une céphalalgie plus ou moins intense se montre dès le début; le malade en est accablé, il peut à peine remuer la tête. Cette douleur siége spécialement vers le milieu du front; les malades la comparent à des élancements, à une sensation de chaleur ou de pesanteur extrême. Elle est accompagnée d'étourdissements, de vertiges; quelques malades en sont profondément affectés, et disent que si elle continue, ils vont périr *d'une fièvre cérébrale* ou d'une attaque *d'apoplexie.* En même temps la face est rouge, les yeux injectés et larmoyants; les oreilles sont le siége de bourdonnements incommodes. Quelques personnes ont éprouvé des picotements en différents points de la peau, et spécialement à la paume des mains qui, dans quelques cas, n'offrait rien de remarquable à la vue et au toucher, et qui, dans d'autres, était rouge, gonflée, érythémateuse, surtout vers l'union des dernières phalanges avec les os du métacarpe.

Chez d'autres, la douleur était moins superficielle, et se traduisait par des élancements qui se faisaient sentir dans la profondeur des membres. Chez d'autres, il se manifestait des douleurs contuses, spécialement au niveau des grandes articulations. Les douleurs se montraient en général dès le commencement de la maladie; la céphalalgie et la courbature portées à un degré plus ou moins élevé, ont été dans quelques cas les seuls symptômes qu'aient éprouvés les malades; dans d'autres cas, il s'y joignait un sentiment de constriction à la poitrine qui les empêchait d'en dilater les parois, et les menaçait de suffocation. Ce phénomène n'a pris, dans aucun cas, un caractère très-alarmant.

Voilà pour les troubles de la sensibilité. Passons aux désordres de la motilité. Constamment il y a eu dépression subite des forces musculaires; ce symptôme persistait quelquefois pendant tout le cours de la maladie, et se montrait encore après la disparition des autres phénomènes morbides. Des crampes très-douloureuses et tourmentant cruellement les malades, ont eu lieu dans quelques cas, heureusement assez rares. L'intelligence, sauf quelques cas exceptionnels, n'a rien offert de spécial. Les malades étaient très-abattus, mais leur intelligence restait nette. Chez quelques malades en proie à un mouvement fébrile intense, on a observé un délire fugace, passager. L'insomnie a été, dans un grand nombre de cas, très-opiniâtre.

Appareil digestif. La langue a été, dans le plus grand nombre des cas, large, humide et recouverte d'un enduit blanchâtre; dans quelques cas néanmoins, on l'a vue rouge et sèche. L'arrière-bouche n'a rien présenté de remarquable. La douleur de gorge accusée par les malades n'avait point son siége dans le pharynx, mais dans les voies aériennes. La déglutition a toujours été facile. L'appétit se perdait dans la période fébrile, et cette inappétence a persisté quelquefois après la disparition des autres symptômes. La soif a été, en général, peu vive. Quelques malades ont éprouvé un sentiment de pesanteur à l'épigastre, et rarement une douleur intense. Le ventre est resté, dans l'immense majorité des cas, souple et indolent. Les selles étaient naturelles; la constipation était plus fréquente que la diarrhée.

Dans quelques cas, néanmoins, soit qu'ils appartinssent à la maladie ou à ses complications, on a vu se manifester des vomissements très-opiniâtres et une diarrhée abondante accompagnés de coliques. Ces phénomènes ont été rares à Paris; mais il paraît qu'à Passy cette forme de grippe a été la plus commune.

Appareil respiratoire. Les désordres de cet appareil ont été nombreux et variés. La muqueuse nasale a été, dans un grand nombre de cas, le siége de flux muqueux et hémorrhagiques. Les écoulements sanguins ont été quelquefois légers, d'autres fois assez abondants pour réclamer le tamponnement des fosses nasales. La voix a été presque constamment altérée. Un enrouement plus ou moins considérable, avec douleur dans le trajet du larynx et de la trachée, ont été des phénomènes caractéristiques de l'épidémie régnante. La toux a rarement manqué, elle ouvrait fréquemment la scène, et c'est autour d'elle que se groupaient les autres symptômes; elle a été très-opiniâtre chez un certain nombre de personnes, et a persisté longtemps après la disparition des autres accidents. Elle revenait quelquefois par quintes très-douloureuses et fatigantes. Elle était tantôt sèche, tantôt suivie d'une expectoration de matières filantes, blanchâtres, visqueuses, transparentes, et contenant des globules d'air. Dans quelques cas, les crachats étaient plus consistants, plus opaques, et ressemblant à ceux qu'on observe vers la fin de la bronchite aiguë. Dans des cas, la toux se prolongeait plus longtemps; elle s'accompagnait quelquefois de vives angoisses, et semblait devoir rendre la suffocation imminente.

Le point de départ de cette toux était dans le larynx et la trachée, et rarement dans la profondeur des bronches. Aussi, dans l'immense majorité des cas, l'auscultation et la percussion du thorax ne donnaient que des renseignements négatifs. Dans quelques cas, néanmoins, on a entendu des râles sonores, secs, indiquant un engouement et un épaississement de la muqueuse bronchique.

Tantôt la respiration était normale, tantôt on observait une dyspnée plus ou moins intense. Chez quelques-uns cette gêne de la respiration provenait d'une douleur très-vive des parois thoraciques, qui s'opposait à leur dilatation. Avec une dyspnée plus ou moins intense, se montraient quelquefois une altération plus ou moins profonde des traits, une teinte violacée de la face et le refroidissement des extrémités. Mais ces accidents, combattus plus ou moins énergiquement, se sont promptement dissipés. La mort n'en a jamais été le résultat. L'oppression a été encore plus ou moins considérable, lorsque des inflammations secondaires de la plèvre et du poumon se sont manifestées. Il faut encore noter parmi les causes de la dyspnée, l'inflammation pseudo-membraneuse des bronches, signalée par M. Nonat. Cette altération n'est pas extrêmement rare, et on l'observerait plus communément si, dans les nécropsies, on apportait plus de soin à l'examen des dernières ramifications bronchiques. Chez les vieillards, on a vu une sécrétion extrêmement abondante des bronches, qui, ne pouvant être expulsée par la toux, donnait lieu à tous les symptômes du catarrhe suffocant.

Appareil circulatoire. La fièvre a manqué dans un petit nombre de cas, où se sont d'ailleurs montrés tous les autres symptômes de la grippe. Dans l'immense majorité des cas, la peau était brûlante, tantôt sèche et le plus souvent humide, couverte de sueur; le pouls était fréquent, développé, rebondissant, les battements du cœur forts et énergiques.

La durée de la fièvre a été de deux à cinq jours, rarement elle a dépassé le dernier terme; lorsqu'elle se montrait après le cinquième jour, on devait redouter une phlegmasie des bronches ou de toute autre partie de l'appareil respiratoire. Chez quelques individus, on a remarqué une singulière tendance à la lypothymie et à la syncope. On conçoit, d'après l'exposé de ces différents symptômes, que la grippe peut être tout à fait bénigne, ou offrir une certaine gravité.

Sécrétions. Sauf l'exhalation cutanée que nous avons signalée en décrivant les désordres de l'appareil respiratoire, les sécrétions n'ont rien offert de remarquable. Les sueurs ont été dans quelques cas, très-abondantes; elles se montraient avec la fièvre, duraient avec elle, et persistaient après sa disparition; elles rappelaient la *suette*. Quelquefois la peau offrait une simple moiteur; dans un certain nombre de cas, une transpiration abondante survenue le deuxième ou le troisième jour, coïncidait avec la cessation du mouvement fébrile. Avec les sueurs s'est quelquefois montrée une éruption miliaire.

Marche. On peut admettre dans la grippe trois périodes. La première, qui peut manquer, est caractérisée par la toux, la douleur de gorge, la céphalalgie et les douleurs contusives dans les membres. Si la douleur de gorge et la toux existent seuls, ces symptômes ne suffisent pas pour constituer la grippe; il faut, pour être autorisé à admettre la maladie, qu'il existe quelques-uns des accidents nerveux que nous avons signalés. Du reste, on voit prédominer suivant les cas, ses symptômes nerveux, thoraciques ou abdominaux. La durée de cette première période est de un à deux jours; quand elle manque, la maladie débute par la période fébrile. Celle-ci est caractérisée par la fièvre, accompagnée de la plupart des accidents que nous lui avons donnés pour cortége. Cette période succède quelquefois insensiblement à la première; mais le plus ordinairement elle s'établit subitement, soit qu'elle ait été précédée par la première, soit qu'elle ait ouvert elle-même la scène. Ainsi, la céphalalgie augmente, la faiblesse et la prostration aussi; quelques individus sont frappés comme par la foudre, soit en marchant, soit en vaquant à leurs affaires. Cette période dure à peu près comme la fièvre qui précède la rougeole ou la scarlatine. La troisième période, dite apyrétique, est marquée par la cessation de la fièvre, avec laquelle rarement tous les accidents disparaissent. On voit persister certains désordres appartenant aux autres périodes. Ces désordres sont relatifs aux fonctions des organes centraux, thoraciques et abdominaux. Du côté de l'encéphale, c'est la céphalalgie et l'abattement; du côté de la poitrine, c'est la toux: c'est une règle générale qu'elle persiste ou faible ou forte un très-grand nombre de jours. Ainsi, elle existe encore aujourd'hui (fin de février) chez des personnes qui ont été affectées dès le début de l'épidémie (fin de janvier). Bien que dans les deux premières périodes l'estomac n'ait pas donné des signes de souffrance, on voit fréquemment ses fonctions se troubler dans la troisième période.

La langue est couverte d'un enduit épais; la bouche est pâteuse, amère; la soif n'est pas vive, mais si les malades prennent des aliments, ils leur trouvent une saveur désagréable; après leur ingestion l'estomac se

gonfle et devient le siége d'une pesanteur incommode. On observe avec ces symptômes plutôt de la constipation que de la diarrhée.

La durée de cette période est très-variable ; elle se termine quelquefois au bout de deux ou trois jours ; d'autres fois elle se prolonge pendant un temps plus ou moins long. Cependant on voit peu à peu se dissiper les symptômes qui la caractérisent et la convalescence s'établir.

La grippe, dans la dernière épidémie qui règne encore aujourd'hui, s'est terminée d'une manière favorable dans l'immense majorité des cas. La mort, quand elle a eu lieu, a été le résultat de complications telles que pneumonie, bronchite générale, etc. Cependant, supposez par la pensée que les symptômes dont vous avez observé le tableau, acquièrent une plus grande intensité, et vous concevrez facilement les résultats funestes qu'on a observés en d'autres lieux.

Le pronostic de la grippe, variable suivant les épidémies, n'a rien offert de grave chez les malades de Paris, si l'on excepte toutefois les individus porteurs d'une phlegmasie chronique de la poitrine.

La grippe, comme toutes les maladies épidémiques, ne se montre pas toujours accompagnée de tous ses symptômes; il est des individus qui ne subissent que faiblement l'influence de l'épidémie, qui n'offrent qu'un symptôme isolé ou une seule série de symptômes ; ils ont alors une grippe incomplète.

A l'ouverture des cadavres, on n'a trouvé que les lésions appartenant aux maladies qui s'étaient ajoutées comme complications à la grippe, mais rien qui parût propre à cette maladie.

Après avoir résumé l'histoire des symptômes de la grippe, nous devons nous demander quelle est sa nature. Est-ce une laryngite, une trachéite, un catarrhe pulmonaire ? Nous ne le pensons pas. L'inflammation du larynx, de la trachée-artère et des bronches, peut bien se montrer dans la grippe et être un des éléments principaux de la maladie; mais elle ne saurait la constituer tout entière. D'ailleurs, les lésions peuvent manquer. La grippe est donc une maladie générale, inconnue dans sa nature et dans sa cause, comme la plupart des maladies épidémiques qui se montrent à des intervalles variables.

Quant au traitement, il varie suivant les symptômes. Lorsqu'on observe des signes de congestion cérébrale, avec un mouvement fébrile plus ou moins intense, on ne doit pas hésiter à ouvrir la veine et porter en même temps des révulsifs vers les extrémités. Si la fièvre est modérée, la céphalalgie faible, l'oppression légère, le repos et l'usage de boissons adoucissantes suffisent. Si la bouche est pâteuse ou amère, la langue saburrale, la répugnance plus ou moins grande pour les aliments avec sentiment de pesanteur à l'épigastre, les vomitifs (18 à 24 grains d'ipécacuanha ou 2 grains de tartre stibié) sont administrés avec beaucoup d'avantages. Si la toux est sèche, douloureuse, fatigante, les narcotiques tels que la belladone, l'opium doivent mériter la préférence.

Dans la deuxième période, s'il ne se manifeste aucun accident particulier, on doit insister sur le régime et les boissons mucilagineuses.

Dans la troisième, si les symptômes d'embarras gastrique ou intestinal prédominent, les vomitifs et surtout les purgatifs réussissent très-bien. Aussi dans la convalescence, il a été nécessaire, pour ranimer les fonctions languissantes de l'estomac, de recourir aux amers et aux toniques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de Boyer : 1830-31.

Tumeur hydatique volumineuse à la mamelle d'une femme ; opération d'après un procédé particulier.

Une femme âgée de 40 ans, de bonne constitution, entra à la clinique pour être débarrassée d'une énorme tumeur qu'elle portait à la mamelle droite. Le mal avait debuté depuis douze ans, sous la forme d'une petite tumeur qu'on avait ouverte une fois, cinq ans avant l'entrée de la malade à l'hôpital ; depuis lors, elle avait acquis un accroissement progressif et présentait les caractères suivants :

La tumeur avait le volume et la forme d'un chapeau conique; sa base envahissait toute la mamelle, mais elle était plus développée au côté interne ; la glande mammaire et le mamelon étaient refoulés en dehors. Abandonnée à elle-même, cette tumeur tiraillait douloureusement la poitrine et l'épaule du côté correspondant, de manière que la malade était obligée de la soutenir habituellement à l'aide d'une écharpe : la peau qui la couvre est considérablement amincie; elle est parcourue de plusieurs veines varqueuses. Au toucher, cette tumeur était mollasse et fluctuante sur quelques points. Boyer ne se prononça point sur la nature de la maladie, et il l'opéra de la manière suivante :

Il commença par pratiquer verticalement deux incisions semi-elliptiques vers le sommet de la tumeur, comprenant à peu près une aire de l'étendue de la paume de la main. Cette ellipse de peau fut disséquée et enlevée. L'opérateur fit ensuite une incision horizontale de chaque côté, en commançant au milieu de la brèche précédente, et s'étendant jusqu'aux limites de la base de la tumeur. Il résulta qnatre lambeaux découpés à leur sommet, qui furent disséqués à l'ordinaire. Enfin on enleva la masse entière et on lia un grand nombre d'artères. La tumeur ressemblait à un énorme estomac de ruminant, enveloppé de l'épiploon. Elle résultait d'un grand nombre d'autres tumeurs dont les unes, du volume du poing, étaient de véritables kystes remplis de matière albumineuse ou comme synoviale ; les autres, moins grosses, mais également enkystées, contenaient une matière analogue à de l'adipocire. Une quantité considérable de très-petits kystes liquides remplissait les espaces intermédiaires à ces tumeurs.

Lorsque les lambeaux, qui étaient déjà trop minces, eurent été rapprochés, on trouva qu'il y avait trop d'étoffe; ils se doublaient les uns sur les autres, malgré le grand morceau de peau qu'on avait enlevé dès l'abord. Boyer réunit très-exactement les trois lambeaux supérieurs à l'aide d'un grand nombre de bandelettes agglutinatives; il se contenta d'appliquer simplement l'inférieur par-dessus les autres, ce qui dût nécessairement faire attendre une suppuration consécutive.

Après l'opération, la femme éprouva un accès de délire qui fut jugé de nature nerveuse. D'autres symptômes nerveux se manifestèrent plus tard ; on y remé-

dia à l'aide de lavements opiacés, et de potions calmantes. On fut obligé de la sonder pour la faire uriner.

La plaie suppura. Le lambeau inférieur se décolla et retombait aisément vers le ventre, ce qui donna beaucoup d'ennui dans les pansements, car on ne savait que faire de cette espèce d'oreille suppurante et tombante. Enfin, à la longue la suppuration et la rétraction naturelle des tissus firent de la place, et le lambeau fut casé, mais la cicatrice resta bosselée.

Boyer fit remarquer avec raison que cette dernière circonstance avait de beaucoup retardé la guérison. Aussi ajouta-t-il que s'il devait recommencer une opération pareille, il enlèverait une plus grande quantité de peau, et préférerait le procédé de J.-L. Petit à celui qu'il avait suivi.

Voici quel est le procédé de J.-L. Petit, pour opérer certaines tumeurs très-volumineuses.

On commence par enlever une ellipse verticale de peau plus ou moins étendue suivant les cas, s'étendant jusqu'à la limite inférieure de la tumeur. On pratique ensuite inférieurement une incision courbe à concavité supérieure qui passe par le sommet inférieur de l'ellipse. Cette incision est prolongée de part et d'autre jusqu'à une certaine étendue. De là résultent deux seuls lambeaux qu'on peut disséquer aisément, et dont le rapprochement n'empêche pas la matière de couler librement par les points les plus déclives.

Ce fait est remarquable sous le double rapport du volume et de la nature de la tumeur, et du procédé opératoire qu'on a mis en usage. En voici un autre du même genre qui s'est présenté à cette même clinique peu de temps après le précédent.

Kyste hydropique à la mamelle.

Une femme âgée de 50 ans, de bonne constitution, sourde, fut admise à la clinique pour être traitée d'une tumeur prétendue squirrheuse au sein gauche. Celle-ci s'offrait sous la forme d'une orange, sans changement de couleur à la peau, indolente au toucher, mobile à la base, un peu élastique à la pression, placée à côté de la glande mammaire et dans le tissu cellulaire sous-cutané. On l'enleva en totalité, comme si c'eût été un squirrhe. La glande mammaire étant en partie malade, fut aussi excisée à son tour partiellement. En divisant la tumeur pour voir son intérieur, on trouva un kyste séreux, rempli de matière albumineuse comme de la synovie. Boyer dit à cette occasion avoir plusieurs fois opéré des tumeurs au sein pour des squirrhes et qui n'étaient ensuite que des hydropisies enkystées ou des hydrocèles de la mamelle, comme les goîtres aqueux, etc. Dans la même année, nous avons observé un fait absolument pareil à l'Hôtel-Dieu.

Note sur l'épidémie régnante, communiquée à l'Académie royale de médecine; par M. Piédagnel, médecin du bureau central des hôpitaux.

Une maladie épidémique règne dans Paris. De service au bureau central, j'ai pu la suivre dans son développement sur les malades qui viennent réclamer des soins dans les hôpitaux : permettez moi de vous exposer ce que j'ai observé.

An commencement de janvier, lorsque les gelées cessèrent, un bon nombre de maladies aiguës de poitrine se développèrent, mais elle ne furent pas franches, à symptômes tranchés, comme tous les hivers après les froids; c'était, si je puis dire, un mélange de catarrhe pulmonaire, de pneumonie et de pleurésie affectant le même individu; en un mot, on pouvait facilement reconnaître les pneumonies catarrhales de nos devanciers. Vers le 15 janvier, on a pu observer dans la classe aisée une quantité assez considérable d'affections de poitrine que les médecins désignaient sous le nom de bronchite, de rhume; peu à peu cette maladie augmenta en nombre, sans pour cela qu'on la désignât d'une manière particulière; et ce n'est que par les journaux anglais qu'ayant appris qu'une épidémie régnant à Londres, on avait à combattre à Paris une maladie à laquelle on a de suite donné le nom de grippe, de bronchite épidémique.

Si, d'après le dire des médecins que j'ai consultés, cette affection était fréquente dans la classe aisée, il n'en était pas de même dans la classe ouvrière, car s'il s'est présenté au bureau central, depuis le 1er janvier, quelques malades affectés de cette maladie, le nombre en a été tellement minime, qu'ils n'ont pas fixé mon attention, et que je les ai confondus avec ceux affectés de catarrhe pulmonaire ordinaire.

Mais, le mercredi 25 janvier, je fus frappé du nombre de personnes qui se présentèrent avec la maladie alors reconnue régnante. Ne m'y attendant pas, je ne les ai pas comptées : j'en estime le nombre à 6 ou 8.

Le 26, sur 64 malades que je vis en une heure et demie, il y en eut 14;
Le 27, sur 68, 17;
Le 28, sur 46, 21;
Le 29, sur 42, 20;
Le 30, sur 62, 38.

Cette maladie affecte les hommes et les femmes indifféremment et à peu près dans des proportions relatives égales, mais les hommes ont afflué au bureau central plus que les femmes. Vingt à quarante ans sont les âges qui en ont le plus offert; j'ai vu peu de vieillards qui en fussent atteints et je n'ai observé qu'un seul enfant de 5 ans.

Elle reçoit aujourd'hui le nom de bronchite aiguë, de grippe; cette dernière dénomination me paraît préférable en ce qu'elle ne préjuge rien et que les symptômes que présente cette maladie sont loin d'être exclusivement les phénomènes fournis par une inflammation des bronches. Car toute l'économie paraît affectée en même temps.

C'est le plus souvent du troisième au quatrième jour que les malades viennent réclamer des soins, mais quelquefois elle débute tout à coup par du malaise, de la courbature, de la faiblesse dans les membres, de la toux si déjà les malades ne toussaient pas; et en trois ou quatre jours les symptômes sont portés à leur *summum* d'intensité. C'est alors qu'on peut observer : douleur vive de tête avec pesanteur, nonchalance, sorte d'ennui, tendance au repos, faiblesse dans les membres, douleur quelquefois très-vive de ces parties, flaccidité prompte du système musculaire; quelques malades ont accusé des crampes, frissons fréquents et quelquefois très-prolongés, que j'ai vus une fois durer 36 heures. Peau le plus généralement sans chaleur, mais se couvrant facilement de sueur et se refroidissant au plus léger déplacement des malades.

Face gonflée, rouge et quelquefois d'un rouge violet, mais sans animation; les yeux offrant plutôt une expression de langueur; à un degré plus intense ou plus avancé la face pâlit; douleur derrière le sternum et entre les épaules, quelquefois très-intense, très-incommode, augmentant par la toux qui laisse après elle un sentiment d'érosion, de déchirure; sentiment de resserrement de la poitrine, soit d'avant en arrière, soit circulairement à sa base; toux plus ou moins fréquente, sèche et offrant un timbre spécial qu'elle doit au choc de la colonne d'air sur la trachée-artère. Quelquefois elle n'existe pas, dans d'autres cas elle est fréquente et par quintes qui déterminent des douleurs déchirantes dans les parois du ventre et à la tête, elle est le plus souvent sèche, quelquefois suivie d'expectoration filante incolore, rarement sanguinolente; dans quelques cas elle prend le caractère de celle du catarrhe pulmonaire; souvent la toux cesse de se produire sans avoir été suivie d'expectoration pendant le cours de la maladie; La percussion et l'auscultation ne fournissent aucun symptôme particulier à moins de complication; le râle muqueux est le seul phénomène que l'on observe quelquefois; souvent avec des symptômes graves, la respiration est parfaite; il semble, en effet, que toute l'altération anatomique, s'il y en a, ait lieu dans la trachée-artère.

Il existe une difficulté de respirer et un besoin de dilater la poitrine qu'il est bon de noter; de temps à autre les malades font une longue inspiration qui indique une gêne dans le centre circulatoire, gêne qui est rendue plus probable encore par une pesanteur, un poids à la région épigastrique; le cœur bat faiblement, ses battements sont petits et profonds; le pouls est généralement petit, mou, sans fréquence, quelquefois irrégulier; les veines sous-cutanées sont souvent distendues.

Le système digestif n'est pas sans présenter quelques modifications, anorexie remarquable, dégoût pour les aliments animaux; soif; langue blanche, épaisse; bouche d'une amertume quelquefois extrême; douleur à la gorge; constipation; envie de vomir et vomissements de matières bilieuses, et quelquefois de sang.

Tels sont les symptômes que j'ai observés, ils constituent une maladie qui dure environ huit jours, mais qui laisse après elle une faiblesse assez grande, sans appétit et une sensibilité particulière de la peau. Elle n'est pas grave; j'en ai soigné une trentaine, et bien que plusieurs aient été très-intenses, je n'ai pas observé de suite fâcheuse; dans aucun cas, car je n'ai eu recours aux évacuations sanguines; des tisanes abondantes et chaudes, quelques opiacés, des dérivatifs, ont toujours apporté de l'amendement dans les symptômes. Quand au début, j'ai pu établir des sueurs, la maladie était alors arrêtée.

Cependant le 30, on apporta au bureau central un homme enveloppé dans une couverture; il était sorti de chez lui à sept heures du matin, en parfaite santé; à huit heures il fut pris d'une vive douleur de tête, de toux et de frissons considérables; lorsque je le vis à onze heures, il était abattu, sans force musculaire aucune, pâle, les yeux ternes, et lorsqu'il voulait tousser, il était pris de mouvements convulsifs, poussait quelques gémissements; ses yeux devenaient hagards et il perdait connaissance; quand il revenait à lui, cet homme qui avait toute sa raison disait : *faites-moi coucher, je suis très-mal.* Sa peau était froide et recouverte de sueur gluante; son pouls à peine sensible. Est-ce là le haut degré de la maladie régnante? (*Gaz. médic.*)

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

FÉVRIER 1837.

N° 5. — 4 FÉVRIER.

Observations et réflexions pratiques sur différentes questions relatives à l'histoire des maladies vénériennes; communiquées par M. le docteur MALVANI, de Turin.

La réunion de médecins, qui a eu lieu à Nantes pour discuter la valeur des doctrines nouvelles sur la nature et le traitement de la syphilis, peut être considérée naturellement comme un appel fait aux médecins qui ont eu occasion de voir et de traiter un certain nombre de ces maladies; je m'empresse donc de vous adresser, M. le rédacteur, les observations suivantes, fruit d'une longue pratique dans le traitement de ces affections.

1° Je suis de l'avis de ceux qui pensent que les symptômes de la syphilis ne se développent jamais que par contagion ou hérédité.

2° S'il est quelquefois difficile de distinguer les ulcères, les bubons, les écoulements blennorrhéiques, effets de causes locales ordinaires, de ceux qui sont l'effet de la contagion ou de la transmission du virus syphilitique, je crois qu'un praticien un peu exercé peut, dans les cas les plus douteux, donner un jugement motivé au bout de quelques jours d'un traitement simple.

3° J'admets donc, et je tiens pour certaine la présence d'un virus, d'un agent délétère, qui produit par son application locale et par son absorption toute la série des symptômes, soit primitifs, soit secondaires, de la maladie syphilitique (1).

4° Il sera encore longtemps difficile d'obtenir par l'observation la preuve entière et définitive de l'identité ou de la non identité du virus syphilitique, qui se manifeste par des chancres et des bubons de celui qui se manifeste par un écoulement blennorrhagique; le fait est que l'inoculation de celui-ci ne produit pas de chancres; que les bubons qui surviennent pendant le cours des gonorrhées suivent les périodes des engorgements phlegmoneux ordinaires des glandes inguinales; et loin d'exiger un traitement spécial, ils dégénèrent surtout sous l'influence des préparations mercurielles, en ulcères sinueux et de mauvaise nature : bien plus, le pus des chancres, en séjournant entre le prépuce et le gland, donne souvent lieu au développement de nouveaux boutons et de nouveaux chancres, tandis que la matière gonorrhéique produit des excoriations, mais jamais de chancres.

5° L'observation que je vais relater m'a fourni la première preuve entière, et sans réplique que l'absorption du virus syphilitique peut avoir lieu sur un individu sain communiquant avec un malade sans la manifestation d'aucune affection locale primitive, ou, comme l'on dit, que la *vérole peut s'attraper d'emblée.*

OBS. I. — Un de mes collègues et intime ami, prisonnier de guerre en Portugal depuis quatre ans, fut transporté en Angleterre vers la fin de 1812. Un mois et demi après notre débarquement, il lui survint des douleurs ostéocopes nocturnes au tibia droit et à la clavicule gauche; un testicule se gonfla; une cicatrice au pied s'ouvrit, et donna lieu à un ulcère de mauvaise apparence. Ces graves affections morbides se dissipèrent complétement sous l'influence d'un traitement mercuriel, sans récidive; mon ami n'avait jamais eu aucun symptôme syphilitique même douteux aux parties génitales; et c'est avant de tomber entre les mains de l'ennemi (par conséquent près de cinq ans), qu'il avait eu des rapports avec une femme publique de Madrid, sans en avoir rapporté aucun indice d'infection.

Le docteur Signoroni, dans sa relation sur la clinique des vénériens des hôpitaux de Padoue, rapporte aussi une observation à l'appui de cette proposition (Journal d'Omodéi, juin, juillet, 1835), mais elle est relative à une femme. Je pourrais en citer plusieurs de ce genre, entre autres celle-ci sur laquelle je compte un peu plus.

OBS. II. — Madame C..., âgée de 48 ans, tempérament sanguin, assez robuste, jouissant habituellement d'une bonne santé, souffre depuis quatre mois d'une douleur à la jambe droite, qui s'exaspère pendant la nuit; ses règles ont cessé depuis trois mois; on attribue ces douleurs à la cessation de la menstruation, quoiqu'elles aient paru avant la cessation de celle-ci. L'on fait des saignées, l'on applique des émollients; les souffrances ne cèdent pas; enfin je suis appelé, et je reconnais une exostose suppurée sur la crête du tibia. La malade m'assura n'avoir jamais eu aucun indice d'affection *suspecte* aux parties génitales, et le mari m'avoua confidentiellement avoir contracté, il y a douze à quinze ans, quelques symptômes syphilitiques aux parties sexuelles, qu'avant de s'en apercevoir il avait cohabité avec son épouse, mais qu'ensuite il s'en était abstenu; il s'était d'ailleurs bien assuré que sa femme, à cette époque, n'avait été atteinte d'aucune affection locale de cette nature. Possédant toute la confiance des deux époux,

(1) J'entends par virus une matière, une substance, un venin, qui, quoique inappréciable par nos moyens d'investigation, donne la certitude de son existence par les effets toujours identiques qu'il détermine. Il en est du virus syphilitique comme du virus rabiéique ou variolique que personne, excepté quelques beaux esprits, n'a jamais cherché à constater.

je ne pus douter un instant de la véracité de leurs déclarations et je proposai un traitement mercuriel ; on le suivit ponctuellement : j'ouvris l'abcès, je trouvai le tibia nécrosé ; et la guérison a été parfaite, et sans récidive, au bout de quarante à cinquante jours.

Malgré cela, je crois ces observations chez les femmes de peu de valeur, parce que souvent chez elles les symptômes vénériens primitifs passent inaperçus, ou bien les ulcères ou chancres, ayant leur siége dans le vagin, échappent, comme l'observe justement M. Ricord, aux visites ordinaires.

6° Une personne, en apparence bien portante, ayant contracté autrefois la maladie syphilitique, et ne présentant actuellement aucun signe extérieur de cette affection, peut-elle, par une longue cohabitation avec une personne saine, lui communiquer d'*emblée*, sans affection locale aux parties sexuelles, la maladie syphilitique ? Plusieurs faits observés dans ma pratique semblent répondre par l'affirmative, et venir à l'appui de l'opinion qu'ont émise à la réunion de Nantes MM. Palloi, Gelly, Sollion, etc.

Obs. III. — Une dame, d'une 40e d'années, était réduite au dernier degré de marasme à la suite de plusieurs exostoses crâniennes suppurées, mais non encore ouvertes au dehors. La maladie datait de quatre ans, et avait commencé par des douleurs de tête très-violentes, qui furent regardées et traitées tour à tour comme symptôme d'une grave méningite, comme une simple céphalée et comme une fièvre intermittente encéphalique, etc., et que je finis par guérir heureusement au moyen d'un traitement mercuriel complet (1). Le mari de cette dame m'avoua avoir contracté dans le temps plusieurs affections vénériennes : chancres, gonorrhées, etc ; mais qu'alors il était en voyage, et loin de son épouse ; que, depuis son retour, et depuis qu'il avait commerce avec elle, il avait bien souffert quelques incommodités, qui pouvaient tenir à une infection générale vénérienne, mais qu'il ne s'était jamais aperçu d'aucune excoriation, d'aucun écoulement aux parties sexuelles. La malade protestait la même chose ; et je ne puis avoir raisonnablement aucun soupçon sur un commerce illégitime du côté de la femme, ni sur la véracité de l'assertion du mari, puisqu'il n'avait aucun motif de la cacher.

7° J'ai maintes fois eu lieu de me convaincre dans ma pratique que des symptômes syphilitiques secondaires peuvent se développer dix, quinze ans, et plus, après la disparition des symptômes syphilitiques primitifs, sous l'influence de causes difficiles à apprécier : la personne ayant joui pendant cet intervalle d'une parfaite santé.

8° Mais quoique je reconnaisse comme incontestable l'existence d'un virus introduit dans l'économie comme cause de la maladie syphilitique, quoique je reconnaisse que ce virus puisse s'y introduire dans quelques circonstances sans laisser aucune trace locale de son introduction (vérole d'emblée), il ne s'en suit pas, logiquement parlant, qu'après un coït impur avec une femme suspecte, ou même évidemment infectée, on doive inévitablement recourir à un traitement spécifique contre cette maladie. D'abord la vérole d'emblée, quoique possible, est un cas très-rare. Cette possibilité ne doit servir qu'à éclairer lorsque l'on observe des affections opiniâtres, ayant une apparence qui les rapproche de celles qui constituent la maladie syphilitique, et que les malades d'ailleurs assurent n'avoir jamais été atteints d'aucune affection douteuse des parties sexuelles ; et cela pour pouvoir conseiller, avec une certaine raison, un traitement mercuriel : mais cette possibilité ne doit pas faire agir comme si l'introduction du virus avait toujours lieu. L'expérience prouve d'ailleurs que toutes les fois qu'il se développe des ulcères ou chancres aux parties génitales après un coït impur, il n'y a pas inévitablement absorption du virus et infection générale. Le moment de l'introduction de celui-ci dans l'organisme est impossible à calculer, et il n'est donc pas raisonnable d'agir toujours comme si elle avait eu lieu.

9° Voici la règle que je suis dans ma pratique, elle ne diffère pas de celle généralement adoptée : la probabilité de l'absorption du virus syphilitique dans le cas d'ulcères primitifs aux parties sexuelles, est en raison directe, à part les prédispositions individuelles inappréciables, de leur nombre et du temps de leur apparition ; ainsi ceux qui ne datent que de dix ou douze jours, je les traite par des remèdes locaux ; d'abord j'applique ceux qui sont capables de neutraliser et de détruire le virus : les *oxigénants ;* ensuite les émollients ; et je préviens les malades que ce traitement est douteux, qu'il peut ne produire qu'une guérison apparente, mais qu'il ne serait pas raisonnable d'entreprendre un traitement mercuriel sur des simples doutes ; d'autant plus que ce traitement local a souvent suffi au moins sur la moitié des cas, pour effectuer une guérison complète. D'ailleurs l'on est toujours à temps de faire un traitement plus complet si jamais des symptômes d'infection générale apparaissaient.

Lorsque les chancres sont d'une date plus ancienne, ou que des bubons se manifestent, soit comme symptômes primitifs ou à la suite des chancres, je conseille toujours un traitement spécifique interne, parce que je regarde dans ce cas l'absorption du virus ou l'infection générale presque comme certaine.

10° La blennorrhagie et ses suites, l'orchite, les bubons, l'ophthalmie gonorrhéïque, n'exigent jamais qu'un traitement local ; l'administration des remèdes spécifiques dirigés contre le virus syphilitique, n'a aucune influence sur son cours : l'administration du copahu, du poivre cubèbe, après avoir vaincu la période aiguë de la gonorrhée par les antiphlogistiques, contribue puissamment à tarir les écoulements blennorhéïques.

11° Lorsqu'on réfléchit avec quelle facilité, avec quelle certitude l'on parvient à faire disparaître les symptômes de la maladie syphilitique au moyen des préparations mercurielles, on ne peut s'empêcher de regarder ce moyen curatif comme spécifique contre la cause de cette maladie.

12° Ainsi contradictoirement à la deuxième partie de la huitième proposition de M. Ricord (Gazette médicale), l'observation semble prouver que le *mercure est curatif de la cause* et ensuite de l'effet.

Il est impossible d'avoir une autre opinion lorsque l'on voit ce remède faire disparaître, en très-peu de temps, les douleurs ostéocopes, et les exostoses de nature syphilitique, et n'avoir au contraire qu'une in-

(1) Je pense publier un jour l'histoire complète de cette maladie intéressante sous le rapport des phénomènes qu'a présentés l'affection osseuse.

fluence lente ou souvent nulle, lorsque la cause de l'exostose n'est pas vénérienne.

Obs. IV. — Madame P..., âgée de 40 ans, bien constituée, régulièrement menstruée, portait une exostose sur la crête du tibia depuis sept mois ; douleurs terribles nuit et jour : rien ne peut les calmer : saignées, sangsues, émollients, pommade anodine, vésicatoires, traitement mercuriel par frictions, sublimé pris intérieurement, décoction de bois sudorifique, tout fut inutile ; l'opium seul à l'intérieur procure quelques moments de relâche à la malade ; du reste elle jouit d'une bonne santé ; j'ai proposé l'ablation de l'exostose, la malade s'y est refusée.

L'influence de ce remède sur les ulcères syphilitiques n'est pas moins frappante.

Obs. V. — Une dame portait depuis six mois un ulcère dans la narine gauche, qui avait envahi la lèvre supérieure ; il en suintait une sanie ichoreuse ; ses bords étaient renversés ; peu de douleurs. La malade protestant toujours n'avoir aucun soupçon d'infection syphilitique, nous employâmes pendant ce temps les traitements les plus méthodiques et les plus variés, non-seulement sans succès, mais sans pouvoir arrêter les progrès de cette hideuse maladie. Du consentement des parents (1), et à l'insu de la malade, j'administrai le mercure. Au bout de huit jours tout avait changé en bien, et au trente-huitième jour de traitement, l'ulcère était cicatrisé sans récidive.

13° Vu le peu d'inconvénients que j'ai rencontrés dans ma pratique de l'administration de ces remèdes ; vu la facilité avec laquelle ils guérissent radicalement cette maladie, facilité que l'on peut comparer à celle avec laquelle le quinquina guérit les fièvres intermittentes, je ne puis pas concevoir comment on veuille en revenir et s'opiniâtrer (sans proposer un moyen nouveau aussi utile ni plus sûr), à traiter cette maladie par la méthode antiphlogistique ordinaire, méthode qui traîne en longueur, qui expose à des récidives fréquentes, qui n'est certainement pas innocente (je veux parler de la diète, de la cure par la faim et des saignées), puisqu'elle affaiblit considérablement les malades, détruit leurs constitution, etc., et qui le plus souvent enfin ne réussit pas. Voilà 27 ans que je pratique la médecine, et je déclare que, pour ma propre satisfaction, je ne voudrais jamais avoir à soigner d'autres malades que ceux atteints de fièvres intermittentes ou de maladies syphilitiques, tant sont grandes les chances de succès que nous offrent le quinquina et le mercure bien administrés dans le traitement de ces maladies. L'on a déjà vu dans la troisième observation que j'ai rapportée, que quatre années de traitement principalement par la méthode antiphlogistique avaient réduit la malade au dernier degré de marasme (car personne de la maison n'espérait plus la guérison de cette femme), sans avoir exercé aucune influence sur les exostoses crâniennes. L'observation suivante vient encore démontrer le peu de succès des antiphlogistiques dans les maladies syphilitiques secondaires ; et que l'on réfléchisse que si, dans nos temps, la maladie syphilitique semble céder quelquefois à un traitement ordinaire, comme si la maladie ne dépendait que des causes ordinaires, c'est que : 1° on ne peut douter que dans ce moment cette maladie n'ait grandement diminué d'intensité ; 2° que l'on joint souvent à la diète et aux saignées l'administration de la décoction des bois sudorifiques.

Obs. VI. — J'ai été appelé, cet hiver 1835, pour donner mes soins à une jeune paysanne de 20 à 21 ans, robuste, des environs de cette ville, fille d'un agriculteur aisé, et malade depuis environ cinq mois. Elle avait commencé par se plaindre de maux de tête, ensuite de douleurs à l'épaule et à l'avant-bras gauche, avec paresse de ce membre ; on a cru avoir à faire à une méningite avec extravasation de liquide, compression cérébrale et paralysie du membre supérieur gauche ; on lui a fait neuf à dix saignées ; on l'a purgée à plusieurs reprises ; on lui a appliqué des vésicatoires, etc. Les règles se sont supprimées, et la malade allait de pire en en pire. A ma première visite j'ai reconnu une exostose de l'extrémité acromiale de la clavicule gauche ; une autre volumineuse occupant le corps du radius du même côté ; j'ai prié les parents de me laisser seul avec la malade, et j'ai fini par obtenir l'aveu qu'elle avait eu des rapports pendant quelque temps avec un jeune homme (c'était un soldat en congé) ; comme les règles manquaient depuis trois mois, j'ai pris ce prétexte pour qu'elle me permît d'examiner ses parties sexuelles. Malgré l'inspection la plus attentive, je n'ai pu y découvrir aucune trace, ni d'écoulement blennorrhagique, ni d'ulcération syphilitique. Persuadé pourtant de la nature syphilitique de la maladie, j'ai soumis la malade à un traitement mercuriel, sans rien dire, ni à elle, ni à ses parents ; et on en comprend les raisons. Au bout de quinze à vingt jours, les douleurs avaient disparu ; le bras avait repris ses mouvements ; l'appétit revint ainsi que les forces ; le traitement fut continué ; les exostoses se dissipèrent au bout de quarante à cinquante jours, et j'eus la gloire d'avoir guéri, par des moyens inaperçus, pour ainsi dire, par la malade et les assistants, une soi-disant méningite avec difficulté du mouvement du côté gauche, rebelle à la méthode antiphlogistique la plus énergique.

Ce fait nous conduit naturellement à cette double remarque : 1° inefficacité de la méthode antiphlogistique pour combattre les exostoses vénériennes ; 2° inconvéniens, et je dirai même danger de cette méthode, car c'est sous son influence que les règles avaient cessé de paraître, et que la malade avait si manifestement dépéri. Ce cas pourrait encore être considéré comme un de ceux où la vérole a été prise d'emblée.

14° Dans le traitement de la syphilis j'administre en même temps les préparations mercurielles, et les décoctions sudorifiques ; j'ai eu occasion d'observer que les praticiens qui s'abstiennent d'administrer isolément ces remèdes, les uns après les autres (regardant simplement ces derniers comme curatifs des effets nuisibles du mercure sur notre organisme), s'exposent à des insuccès fréquents.

15° L'oxide de mercure noir, préparé par la précipitation du muriate de mercure, par l'eau de chaux, en poudre ou en pilules, à dose de 1 à 3 grains par jour ; l'onguent mercuriel ; le sublimé, sous forme de pilules, combiné avec la mie de pain ; et le muriate d'ammoniaque, sous forme de pommade, selon la méthode de Cirillo, sont les préparations mercurielles dont je me sers habituellement. J'emploie de préférence l'une

(1) La fille mariée m'informa confidentiellement que la malade avait eu, dans un temps, une certaine *connaissance* qui lui laissait de forts soupçons sur la probabilité de mes inductions par rapport à la cause supposée de la maladie.

ou l'autre, selon le tempérament du malade, ses circonstances de famille, l'espèce de symptômes morbides que j'ai à combattre, l'ancienneté de la maladie, la saison de l'année, etc.

16° Je préfère, toutes choses égales, les préparations de sublimé dans la saison froide; dans les maladies invétérées, j'ai lieu de me louer beaucoup de la méthode de Cirillo.

17° Jamais je n'administre deux préparations mercurielles à la fois, et cela pour simplifier le plus possible le traitement; car malheureusement nous n'avons aucun moyen pour reconnaître la guérison vraie et radicale d'une maladie syphilitique, de celle qui n'est qu'apparente et susceptible de récidive. Tout le monde sait qu'ici, comme dans la fièvre intermittente, nous devons continuer l'administration du mercure quelque temps après la disparition des symptômes vénériens, comme nous devons continuer l'administration du quinquina quelque temps après la cessation des accès fébriles, avec cette différence, que dix ou quinze jours de l'usage de ce dernier remède administré, même en diminuant graduellement les doses, suffit généralement pour garantir d'une rechute, surtout si l'on esquive les causes connues de son développement; tandis que dans la maladie syphilitique l'expérience apprend que le praticien doit plutôt calculer, pour obtenir une guérison assurée, sur une certaine quantité de remèdes proportionnés à l'ancienneté de la maladie, à la quantité et gravité des symptômes morbides, au tempérament, âge, sexe du malade, aux traitements déjà pratiqués, etc., qu'à la disparition plus ou moins prompte des symptômes de la maladie. Ainsi un chancre, qui a résisté à un traitement simple, un bubon ou bien une exostose disparaîtraient sous l'administration de quelques frictions mercurielles, qu'on ne doit pas moins, pour s'assurer d'une guérison sans récidive, continuer l'administration de l'onguent jusqu'à consommation de trois ou quatre onces dans le premier cas, et de cinq à six onces dans le second, comme symptôme d'une affection secondaire, de manière qu'il faut calculer pour obtenir la guérison parfaite, plutôt sur la quantité du remède, que l'expérience ou la routine a montré nécessaire pour guérir la maladie représentée par tel ou tel symptôme morbide, que sur la disparition de ceux-ci; or, si l'on administre deux ou trois préparations mercurielles en même temps, on se prive de ce moyen de calcul; bien plus souvent telle préparation mercurielle ne produit aucun effet sur tel individu, ou bien elle en produit de mauvais sans guérir la maladie (coliques, diarrhée, salivation), tandis qu'une autre est parfaitement supportée, et produit les meilleurs effets; comment reconnaître cela si l'on administre plusieurs de ces préparations mercurielles à la fois?

18° Je regarde la décoction des bois sudorifiques, gaïac, sassafras, administrés méthodiquement et à doses suffisantes, séparés, et mieux encore unis ensemble, comme un excellent coadjuvant et même comme un excellent succédanée des préparations mercurielles; de manière que je suis persuadé qu'ils suffisent souvent à eux seuls pour effectuer une cure radicale de la syphilis.

Ces propositions et les faits sur lesquels elles sont appuyées viennent plutôt confirmer les anciennes doctrines sur la maladie syphilitique, qu'elles n'appuient les nouvelles; et, s'il est vrai qu'il soit utile et même nécessaire de revenir dans les sciences sur les anciennes doctrines, les soumettre à une nouvelle révision pour voir si elles sont encore en rapport avec les nouveaux faits, les nouvelles observations pratiques, etc., pour voir, dis-je, si l'on ne doit pas reconnaître et se défaire d'anciennes erreurs; il est aussi très vrai qu'avant d'y porter une main téméraire, il faut avoir bien pesé la valeur des conséquences, des changements, que l'on veut y opérer, et sous le rapport de la question que nous agitons, je pense et je suis pleinement convaincu que les nouvelles idées que l'on a voulu et que l'on veut introduire dans la théorie des maladies syphilitiques ont été plus nuisibles qu'utiles aux malades.

ÉPIDÉMIE DE LONDRES.

Londres, le 30 janvier 1837.

Mon cher confrère,

Si j'ai gardé un aussi long silence sur la maladie qui règne parmi nous et dont les journaux politiques vous ont entretenu chaque jour, c'est que je désirais vous donner à la fois des renseignements exacts sur la manière dont elle s'est développée, sur les principales formes sous lesquelles elle s'est montrée, sur sa gravité et ses complications, et spécialement sur les moyens de traitement qui ont été employés avec le plus de succès.

L'épidémie actuelle s'est montrée dans les premiers jours de janvier à Londres, d'abord sous une forme très-simple, et ne différant nullement de ce qu'on observe dans la plupart des cas de catarrhe pulmonaire qui règnent tous les ans à peu près à la même époque; aussi n'y fit-on d'abord pas attention; mais bientôt les cas se multiplièrent; la toux, au lieu de présenter les nuances qu'elle offre successivement dans les simples rhumes, persistait opiniâtrement, et avec le caractère que l'on désigne communément sous le nom de toux nerveuse. Avant la fin de la première semaine, le caractère épidémique de la maladie était évident; elle attaquait tous les âges, mais surtout les adultes et les petits enfants. Vers le 15 janvier, elle avait déjà atteint son summum d'intensité, tant pour le nombre des malades que pour la gravité de l'attaque, frappant alors spécialement les enfants de dix à quatorze ans, qu'elle avait ménagés dans les premiers temps.

Au début de l'épidémie, la maladie se montra le plus communément sous forme de coryza avec pesanteur de tête, lassitudes prononcées; flux muqueux presque continuel par les fosses nazales; ces symptômes se calmaient ou bien étaient remplacés par un peu de toux, qui elle-même ne tardait pas à disparaître.

Les cas graves étaient généralement précédés, pendant un jour ou deux, d'une céphalalgie plus ou moins forte, de lassitude générale, de douleur dans les reins, suivie d'un écoulement par le nez, d'éternuement, etc. Ces symptômes étaient encore si peu graves que la plupart des malades n'appelaient pas de médecin; mais la toux ne tardait pas à apparaître, précédée souvent d'un frisson assez prolongé avec augmentation de la céphalalgie, qu'on rapportait ordinairement aux sinus frontaux, mais qui occupait aussi les autres régions de la tête. La douleur s'étendait rapidement aux épaules, aux

reins, aux cuisses ; dans quelques cas toutes les articulations étaient douloureuses ; dans d'autres il y avait une assez vive douleur à la gorge, avec un peu de dureté de l'ouïe, et quelquefois la vue était légèrement troublée. A la même époque apparaissait aussi un peu d'enrouement qui ensuite persistait pendant très-longtemps. Dans quelques cas la prostration des forces était extrême et nullement en rapport avec les autres symptômes de la maladie. La toux, qui offrait un caractère spécial, spasmodique, amenait bientôt des douleurs vives dans les régions de l'épigastre et des hypocondres, qui fatiguait beaucoup les malades.

Si à cette époque on auscultait le malade, on ne trouvait d'indice d'inflammation sur aucun point de la poitrine, et partout la percussion fournissait un son normal, bien que la dispnée fût très-considérable.

Le pouls, à cette époque, était généralement déprimé, plus tard il prenait de la vitesse et un certain développement, mais il n'était jamais dur. Au bout de quelques jours, il n'y avait plus que les symptômes d'une bronchite.

L'urine varie extrêmement, quelquefois très-abondante et conservant sa couleur ordinaire, plus souvent cependant elle diminue de quantité et dépose promptement. Chez quelques malades la peau se couvre facilement de sueur, mais chez quelques autres il y a une sécheresse très-forte de la peau. Il y a ordinairement une constipation plus ou moins opiniâtre, la langue est le plus souvent humide et molle, quelquefois cependant blanche et chargée. Chez quelques sujets, mais en petit nombre, il y a eu aussi des coliques et des selles liquides.

La forme la plus grave, celle qui se lie à un danger presque imminent, est celle du catarrhe suffocant ; les mucosités contenues dans les bronches ne peuvent être expectorées et le malade meurt bientôt asphyxié.

Si nous laissons de côté les formes les plus rares que l'on a peut-être rapportées à tort à l'épidémie elle-même, nous retrouvons tous les caractères de *l'influenza* avec un état de prostration et d'affaiblissement qu'on n'observe pas dans toutes les épidémies.

La gravité de la maladie est toujours en raison de l'affaiblissement et de la prostration des malades. Aussi a-t-elle fait de nombreuses victimes parmi les petits enfants, les vieillards et les personnes déjà mal portantes auparavant. On a peut-être exagéré un peu le nombre de personnes qui en sont mortes, cependant elle fait beaucoup de ravages surtout parmi les classes aisées et riches. On a même dit qu'elle avait fait plus de victimes à Londres que le choléra n'en fit à l'époque où il y régnait avec le plus de force ; mais le choléra sévissait spécialement sur les classes les plus misérables, et n'a pris qu'un petit nombre de victimes dans les classes élevées ; c'est le contraire de la grippe qui a surtout frappé ces dernières. De là les longues listes nécrologiques que contiennent chaque jour nos journaux politiques. Un fait assez remarquable, relativement à la mortalité, c'est qu'aucun militaire n'a succombé, bien que le cinquième au moins de la garnison de Londres ait été atteint par la maladie.

On dit avoir vu survenir pendant le cours de la grippe chez quelques sujets des points pneumoniques qui ont hâté une terminaison funeste ; on a parlé aussi de fièvre typhoïde et même de fièvre jaune, mais rien ne démontre dans ces cas la liaison de ces dernières maladies avec la grippe. Au reste, elle a été si grave, que dans plusieurs hôpitaux on a jugé convenable de mettre dans des salles à part les personnes qui en étaient affectées.

A l'autopsie on dit avoir trouvé les muqueuses bronchiques rouges et même un peu épaissies, et avoir observé des points des poumons indurés. Cependant l'opinion unanime des médecins qui ont été à même d'observer les lésions anatomiques offertes par les sujets qui ont succombé à la grippe, c'est qu'on ne pourrait expliquer les symptômes graves et surtout la dispnée intense observée pendant la vie, par les lésions généralement légères observées après la mort.

Les moyens les plus variés ont été employés, et avec des résultats très-différents. En général, cependant, dans les formes peu graves, on s'est bien trouvé du repos, des boissons chaudes combinées aux diaphorétiques et aux anodins.

Les évacuations sanguines ont été rarement employées, et plus rarement encore avec succès. La prostration augmentait promptement sous leur influence, et elles n'ont été utiles que dans les cas où il y avait quelque complication, ou une pneumonie, ou une disposition spéciale, etc.

Les narcotiques unis aux stimulants ont été fréquemment employés, et avec le plus grand succès, surtout chez les personnes nerveuses et dans les cas où la prostration était très-prononcée et la toux opiniâtre. On dit avoir employé avec beaucoup d'avantage, et dans les cas graves, une combinaison de calomel et d'aloës, ou une mixture composée de tartre émétique et de sulfate de magnésie.

Ce n'est pas à Londres seulement que la grippe exerce ses ravages ; dans ce moment elle règne dans toutes les villes, comme aussi dans les plus petites campagnes ; tous les journaux des comtés sont remplis de détails sur sa marche et son développement, qui diffèrent peu de ce qu'on a observé à Londres. Il y a cependant beaucoup d'endroits où, bien qu'elle frappe une grande partie de la population elle n'a point encore fait de victimes ; tandis que sur d'autres points elle offre la même gravité qu'à Londres. Si les dernières nouvelles reçues d'Irlande sont exactes, elle y fait, sur quelques points, des ravages effrayants, en se compliquant avec les symptômes ordinaires de la fièvre.

Observation remarquable de rupture spontanée de la matrice, recueillie à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gendrin ; par M. Spadini, docteur en médecine et en chirurgie de la Faculté de Bologne.

Obs. — Une femme âgée de 24 ans, nommée Pommier, de tempérament lymphatique, de bonne constitution, enceinte de cinq à six mois, a été couchée au n° 7 de la salle Sainte-Sophie, pendant les derniers jours du mois de décembre 1836, pour être traitée d'une hémorrhagie utérine. Il y a trois ans, elle accoucha naturellement et à terme de son premier enfant.

Elle devint enceinte pour la seconde fois vers les premiers jours du mois de juillet dernier. Sa santé a continué à être très-bonne pendant les quatre premiers mois ; mais au cinquième, elle éprouva une légère perte utérine qui fut bientôt suivie de quelques contractions de la matrice, tout cela sans cause appré-

ciable. Le repos suffit pour suspendre momentanément ces phénomènes, qui ne tardèrent pas à se reproduire de temps en temps, et finirent par mettre la femme dans un état de très-grande faiblesse. Selon l'expression de la malade, elle n'était plus reconnaissable depuis cet accident, tant était détériorée sa constitution.

Voyant que son état empirait, elle entra à l'hôpital, désirant être débarrassée de cette grossesse. Elle était pâle et maigre. On constata, par l'examen de l'abdomen, que le bas-fond de l'utérus arrivait à l'ombilic et qu'il était un peu incliné à droite ; l'enfant occupait la même partie de l'abdomen. Il était facile de parcourir avec la main la partie postérieure du tronc de l'enfant, qui était dirigée vers le côté droit de la mère et un peu antérieurement. Vers le bas-fond de la matrice, on touchait une extrémité un peu arrondie qui se continuait à la partie interne, avec des corps morbiles qu'on reconnaissait très-bien être les pieds. On ne pouvait pas si bien circonscrire inférieurement l'extrémité céphalique. En appliquant l'oreille sur le côté droit, on pouvait sentir les bonds du cœur de l'enfant. Cette circonstance prouvait encore que la position de l'enfant était l'occipito-cotyloïdienne droite. La femme a dit avoir l'habitude de se coucher plus souvent sur le côté droit. L'obliquité de l'utérus de ce côté était bien manifeste. Les mouvements de l'enfant étaient non-seulement sentis par la mère, mais aussi par la main appliquée sur l'abdomen. Le toucher vaginal apprenait que le col n'était pas entièrement effacé, mais qu'il était souple et ramolli. Quelques douleurs qui, selon la femme, étaient de véritables douleurs de l'enfantement, avaient lieu de temps en temps, mais elles ne venaient qu'à de très-longs intervalles. Un écoulement muco-sanguinolent très-peu abondant les accompagnait. Le col n'éprouvait presque pas de changement. La femme fut tenue en repos, des lavements émollients lui furent prescrits ; le régime consistait dans le quart de la portion sans vin par jour. On attendait des contractions plus énergiques, et l'on présumait que la nature pourrait se suffire à elle-même.

La femme passa ainsi plusieurs jours sans que des changements bien appréciables se soient manifestés.

Enfin, le 3 janvier 1837, à la visite, on apprit qu'elle avait beaucoup souffert la nuit. Les douleurs qu'elle éprouvait étaient plus fortes que les douleurs de l'enfantement; elles étaient très-vives pendant chaque contraction; elles diminuaient ensuite, mais ne cessaient pas entièrement quand la contraction était passée. Elle désespérait de pouvoir résister toute la journée à de semblables souffrances, et avait une fréquente envie d'aller à la selle et d'émettre les urines. Elle ne sentait presque plus l'enfant remuer; on n'entendait plus les battements du cœur ; l'enfant affectait toujours la même attitude ; le toucher, soit abdominal, soit vaginal, devint douloureux; le col était toujours placé très-haut; il était très-peu dilaté ; les membranes n'étaient pas rompues ; la tête se présentait sous la forme d'un corps mou qu'on verra plus tard être le placenta. On prescrivit un lavement émollient et un cataplasme de même nature sur le ventre. Les douleurs se calmèrent momentanément, mais elles augmentèrent bientôt. Cet état ne dura pas longtemps : une faiblesse générale très-manifeste succéda aux vives douleurs, et des lipothymies se manifestèrent. Arriva à son secours l'élève de garde, c'était une heure après midi. Voyant que le col n'était pas suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de la main ou du forceps, et espérant voir ces phénomènes se dissiper si on avait pu terminer l'accouchement, il administra du seigle ergoté dans l'intention de rappeler les contractions utérines et d'obtenir par ce moyen une dilatation suffisante du col. Mais les choses ne se passèrent pas ainsi : l'état de faiblesse augmenta de plus en plus ; le pouls devint très-petit ; la femme perdit connaissance, et une syncope survint, qui se termina par la mort à 3 heures après midi du même jour.

Avant de faire l'ouverture du cadavre, M. Gendrin présumait, d'après la nature des phénomènes qui ont précédé la mort, qu'une hémorrhagie interne avait dû être la cause d'une pareille terminaison.

Autopsie. Elle a été faite le 5 janvier 1837, à 9 heures et demie du matin. La tumeur du ventre est diminuée : elle est moins inclinée à droite que pendant la vie. On sent plus facilement les différentes parties de l'enfant à travers les parois abdominales. On ouvre la cavité abdominale. L'enfant est à nu en contact avec les parois de l'abdomen et les intestins, sa face dorsale dirigée vers la partie antérieure et latérale droite de la cavité qui le contient, l'extrémité pelvienne en haut, la céphalique en bas ; celle-ci se trouve encore contenue dans la cavité de l'utérus, qui présente une large déchirure longitudinale dans la partie latérale droite de son corps, au-devant des ligaments larges. Tout le tronc de l'enfant est passé par cette déchirure, qui correspond par ses lèvres au col de l'enfant. Le sommet céphalique du fœtus est en rapport avec la partie inférieure de la face postérieure de l'utérus, et avec l'orifice interne du col utérin. Immédiatement au-dessus du col, à l'endroit où appuyait la tête, on voit une autre déchirure inégale dans laquelle les membranes moyenne et interne seules sont déchirées ; la péritonéale est intacte. Les membranes sont rompues ; elles ne couvrent plus l'enfant ; elles adhèrent au placenta ; celui-ci est inséré sur la partie antérieure et latérale gauche du col de l'utérus ; il n'est détaché que dans la partie correspondante à l'orifice interne du col. L'utérus est revenu sur la tête du fœtus et le placenta, seules parties qui se trouvent encore dans sa cavité. Le cordon est flasque. Une grande quantité de sang liquide mêlé aux eaux de l'amnios est contenue dans la cavité abdominale ; des caillots de sang assez considérables s'y trouvent aussi. Les tissus de la matrice sont, selon M. Gendrin, dans l'état naturel. Il m'a paru voir cependant le tissu propre un peu ramolli. Le col est dans l'état normal ; il n'est pas très-dur ; il est un peu dilaté. Le bassin est très-bien conformé. Le fœtus paraît à peu près de l'âge de six mois et demi ; il ne présente pas de trace de putréfaction.

Après la dissection du cadavre, le bassin ayant été mesuré avec beaucoup de soins, nous avons trouvé les proportions suivantes :

1° D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre,	8 pouces,	7 lignes.
2° Profondeur du grand bassin, la plus grande	3	3
3° Détroit supérieur, diamètre antéro-postérieur,	3	
Id. Id. oblique-droit,	4	7
Id. id. oblique-gauche	4	3
Id. id. transversal,	5	»

(Existence d'une crête osseuse derrière la symphyse pubienne, ce qui rétrécit le détroit supérieur).		
4° Petit bassin. Paroi antérieure ou hauteur de la symphyse pubienne,	» pouces	18 lignes
Paroi postérieure, sans suivre la courbure,	3	9
Parois latérales,	3	4
Du milieu du sacrum à la partie moyenne de la symphyse du pubis,	4	3
5° Détroit inférieur. Diamètre antéro-postérieur,	3	4
Id. bisciatique,	3	7
Id. obliques,	3	9

Ce fait est important sous plusieurs rapports. D'abord sous le rapport des pertes utérines que la femme éprouva sans cause appréciable vers le cinquieme mois de la gestation, et qui durèrent près de deux mois. Ces circonstances faisaient déjà présumer ce qui a été confirmé par l'autopsie, l'insertion du placenta sur le col. En général, pourtant, cette cause ne produit, comme on sait, l'effet en question qu'à compter du sixième mois. On trouve néanmoins dans les auteurs quelques faits qui se rapprochent du précédent sous le rapport dont il s'agit. Smellie rapporte l'observation d'une femme qui avorta d'un petit enfant de 5 mois et demi, après avoir eu une perte de sang presque continuelle pendant deux mois. Mauriceau, de Lamotte, M. Giffards et Hoffmann citent des cas analogues. L'avortement est presque toujours la suite inévitable de l'insertion du placenta sur le col utérin. De là le précepte de le favoriser par les différents moyens connus quand l'hémorrhagie est abondante, qu'elle dure longtemps et qu'on a employé sans avantage le repos, la saignée révulsive, les narcotiques, etc.

Ensuite la rupture de l'utérus. Elle survint chez cette femme dans les points correspondants aux deux extrémités céphalique et pelvienne. Baudelocque disait qu'à la suite d'un travail fort long où des obstacles s'opposent à l'accouchement, le tissu de l'utérus s'affaiblit nécessairement en quelque lieu, et notamment aux endroits qui répondent aux parties anguleuses de l'enfant, et, tôt ou tard, ces endroits se déchirent. C'est précisément ce qui arriva chez cette femme, et ce n'est que de cette manière que je conçois la déchirure de l'organe gestateur dans ce cas.

Mais, dira-t-on, les phénomènes du travail ne se sont manifestés d'une manière bien énergique que 18 heures à peu près avant l'accouchement. Je ferai observer à cet égard que l'enfant a toujours affecté la même position pendant la grossesse, et que des contractions utérines se sont manifestées de temps en temps dans les deux derniers mois. Elles suffirent bien pour amincir le tissu de la matrice dans les points indiqués. Il n'y avait pas d'obstacle au col utérin, ni d'altérations organiques dans le bassin pour pouvoir expliquer autrement la chose; de plus, l'utérus était incliné à droite, l'axe du corps de l'enfant correspondait aux deux points qui ont été déchirés : ne pourrait-il pas donc se faire que le col ne s'est pas dilaté parce qu'il n'était pas pressé par la tête de l'enfant? L'adhérence du placenta au col de la matrice ne pouvait-elle pas avoir empêché la dilatation? Ces données me paraissent s'accorder parfaitement avec l'idée qui précède.

Une autre remarque importante à faire, c'est que, dans le cas en question, les déchirures de l'utérus se sont faites peu à peu et non tout d'un coup, comme le disent les auteurs qui ont parlé de cette fatale lésion. En lisant ce qu'on a écrit sur cette matière, on trouve que la rupture de la matrice est caractérisée par une douleur vive accompagnée d'un sentiment de déchirure, et bientôt suivie de faiblesse, de nausées, de petitesse du pouls, etc.

Les derniers phénomènes ne se manifestèrent chez cette femme que dans les derniers moments de la vie. Il n'en est pas de même de la douleur extraordinaire dont elle se plaignait plusieurs heures avant la mort.

L'hystérotomie vaginale pratiquée à temps aurait peut-être, si l'on avait prévu un pareil événement, facilité la dilatation du col et permis ainsi à l'accoucheur d'extraire l'enfant soit par la version, soit par l'application du forceps.

Mais si la rupture a eu déjà lieu, que l'enfant soit déjà passé en partie ou en totalité dans le ventre, que faire? Baudelocque dit que l'incision des enveloppes du ventre doit être pratiquée afin d'extraire l'enfant et son arrière-faix de la cavité abdominale, et donner issue au sang et aux eaux qui ont pu s'y épancher. Cette opération a été pratiquée plus d'une fois avec succès, comme on sait. M. Thibaut des Bois en a publié le premier un exemple en 1768; M. Lambron l'a pratiquée ensuite deux fois heureusement sur la même femme.

Il existe d'autres faits pareils en assez grand nombre pour autoriser la pratique que je viens de rappeler.

Observations relatives à deux cas d'inflammation aiguë de la paume de la main, traités avec succès par les frictions mercurielles à hautes doses; recueillies à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Lisfranc, et communiquées par J.-V. Pasquet, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Obs. I. — Picard Huguet, 23 ans, boulanger, portait depuis deux ans, dans la paume de la main, une tumeur hémisphérique de deux pouces de diamètre à sa base. Elle était molle, indolore, sans changement de couleur à la peau; elle était survenue sans cause connue, et s'était développée insensiblement.

Un stylet introduit le 5 décembre, donna issue à un liquide analogue à la synovie, avec des corps blancs, demi-transparents, ressemblant à des pépins de poire ou à des grains de melon, que Laënnec et Dupuytren regardaient comme des *acéphalocystes planes*. d'autres comme de simples produits inorganiques. Redoutant avec raison l'inflammation, ordinairement si funeste à la suite de l'accès de l'air dans ces sortes de kystes, M. Lisfranc ne voulut pas ouvrir plus largement, afin d'habituer peu à peu le kyste à l'action de l'air.

Du 6 au 13, une suppuration de bonne nature avait insensiblement remplacé les corps blancs et l'humeur du kyste, sans aucun accident. Ce jour-là, le malade se plaignit de douleurs assez vives à la paume de la main et au poignet. Cette région présentait une certaine tension. Afin de prévenir l'étranglement inflammatoire, on ouvrit largement le kyste.

Prescription : 60 sangsues sur le dos de la main ; cataplasme émollient renouvelé trois fois par jour, et trois fois par jour un bain local de guimauve de deux heures.

Le lendemain la douleur et la fièvre étaient considérablement calmées ; la suppuration de bonne nature. On devait croire l'inflammation avortée. Par mesure de précaution on prescrivit 20 sangsues et des cataplasmes.

Le 13, recrudescence terrible ; beaucoup de tension et de douleur dans la paume de la main et au-devant du poignet ; le gonflement érysipélateux avait envahi dans la nuit tout l'avant-bras et une partie du bras; il y avait de la fièvre et de l'anxiété.

Contre cette inflammation si rebelle et si menaçante, on se décida à employer les frictions mercurielles suivant la méthode de M. Serres d'Uzès. On couvre la partie enflammée et un peu au-delà d'une couche d'onguent mercuriel de l'épaisseur d'une ligne ou deux. Toutes les deux heures une couche nouvelle est appliquée, et dans l'intervalle on frictionne avec deux doigts seulement, afin de faire absorber à la partie le plus de mercure possible; la partie est recouverte d'un simple linge ; diète.

Le lendemain, 24 heures après, l'inflammation était évidemment amendée ; la peau de l'avant-bras et du bras moins tendue; la fièvre moins intense ; le malade plus calme. Pourtant il restait au poignet une tuméfaction circonscrite ; il y avait encore là de la douleur. En y pressant, il semblait qu'on en faisait refluer le pus dans la plaie de la paume de la main.

Prescription : frictions mercurielles continues ; injections détersives dans la paume de la main.

Le 17, au matin, 48 heures après la première friction, plus d'inflammation, plus de douleur. On pouvait impunément presser et même secouer tout le membre supérieur ; la peau du bras est ridée et flétrie ; la tumeur du poignet était évidemment fluctuante : une contre-ouverture évacua quelques cuillerées de pus. Remarquons que bien qu'il y eût encore de la fièvre, la douleur avait été tellement calmée que le malade avait dormi depuis le milieu de la nuit ; les frictions mercurielles furent alors supprimées ; on avait employé une demi-livre d'onguent mercuriel.

A partir de cette époque, aucun autre accident n'est venu entraver la marche de la cicatrisation ; seulement on a dû, avec la sonde, rompre la cicatrice superficielle qui tendait à se faire à la peau, afin de prévenir la reproduction du kyste.

Du reste, bien que 20 jours se soient écoulés depuis, il ne s'est manifesté aucun des accidents qui résultent ordinairement de l'introduction du mercure dans l'économie, ni salivation, ni stomatite, ni tremblement, etc.

Certes, si jamais la puissance du traitement abortif spécial de M. Serres dût rester au dessous de la violence du mal, c'était ici ; tout le monde sait combien les inflammations succédant à des kystes de cette nature ont paru graves aux chirurgiens du siècle dernier, à Dupuytren et à d'autres ; et en effet, un traitement préventif par 80 sangsues et tous les autres moyens antiphlogistiques ne l'avaient pas empêché de se développer de manière à menacer la vie de l'individu.

Obs. II. — Un succès aussi brillant dût encourager M. Lisfranc à employer, trois jours après, le même traitement contre une inflammation sur-aiguë de la main survenue à la suite de l'ouverture de deux abcès froids qui avaient fourni une matière rougeâtre assez analogue à celle des bosses sanguines, et que ce chirurgien regarde comme l'indice d'une espèce de tumeur blanche de la main, à production accidentelle et d'une nature fort grave ; le traitement antiphlogistique rationnel avait également été impuissant à prévenir le développement inflammatoire. Ici quatre onces d'onguent mercuriel en friction ont suffi pour abattre cette inflammation en trente-six heures et sans accidents mercuriels consécutifs. On remarquera que l'inflammation siégeait sur un tissu anormal ce qui la rendait plus difficile à enlever.

Ce second cas présente encore ceci de remarquable que la douleur qui était d'une intensité extrême, fut enlevée en moins de quinze heures ; la vertu anodyne de la mercuralisation paraît être telle que M. Serre ne craint pas d'affirmer qu'une entorse, par exemple, résistera pendant fort longtemps à tous les agents d'une thérapeutique rationnelle, par cela seul que la douleur n'aura pu en être calmée par les frictions mercurielles.

Aussi ne serait-il pas prudent de prolonger d'une manière aveugle l'emploi de ce moyen. Lorsqu'une inflammation aiguë ainsi traitée n'aura pas été enrayée au bout de 24 heures et flétrie au bout de 48, il faut suspendre les frictions, parce qu'elles seraient impuissantes, et on peut affirmer, à peu près à coup sûr, que l'inflammation est compliquée de pus, de gangrène, ou d'un autre état morbide contre lequel la chirurgie seule doit être employée ; et dans certains cas M. Serre n'a pas craint de plonger un bistouri dans une tumeur phlegmoneuse par cela seul que l'insuccès des frictions mercurielles lui en avait révélé la suppuration.

Ainsi, dans leur impuissance même, les frictions mercurielles ont l'immense avantage d'asseoir en quelques heures, dans les cas douteux, un diagnostic et un pronostic certains, avantage dont le praticien seul est à même d'estimer toute la valeur.

Du reste, c'est sur la gravité de l'inflammation que le médecin doit mesurer la quantité d'onguent mercuriel ; d'autant mieux que les essais de M. Serre ont démontré l'innocuité du mercure employé de la sorte ; quelque énormes que fussent les doses, pourvu que les frictions ne durent pas plus de deux ou trois jours. Il paraît que ce n'est pas la quantité de mercure dans le *modus faciendi*, mais la continuité de la médication qui détermine les accidents mercuriels, ou du moins c'est la seule manière d'expliquer comment on peut impunément faire absorber en 48 heures plusieurs onces d'onguent mercuriel, tandis que des frictions continuées seulement pendant cinq ou six jours, avec quelques gros seulement, amèneront presque inévitablement la salivation ; l'identité des résultats obtenus à Paris et dans le midi prouvent assez que l'influence du climat est nulle sur la production du ptyalisme.

Quelque merveilleux que soient les succès obtenus par ce moyen dans les inflammations aiguës de la peau, du tissu cellulaire, des veines, des séreuses et même dans leur inflammation chronique, M. Serre n'a point la prétention de remplacer à tout jamais la sangsue par le mercure. Déjà l'expérience lui a démontré que l'efficacité de ce moyen était au moins fort douteuse dans les inflammations qui dépendent de l'engorgement d'un ganglion, de la présence d'un corps étranger, etc. Mais dans celles où cette méthode convient, il est parfaitement inutile de lui associer aucun autre topique, ce qui me semble démontrer à l'évidence l'action abor-

tive spéciale du mercure dans les inflammations.

Cette confirmation nouvelle des succès obtenus par M. Serre est trop positive, pour ne pas engager les praticiens à expérimenter d'une manière plus large un moyen dont l'effet abortif est si prompt et si sûr, que son insuccès même est une preuve de la nature refractaire du mal. Et, ne dût-on pas faire entrer en ligne de compte l'économie du traitement, ce qui n'est pourtant pas chose indifférente pour les hôpitaux et les indigents (1), il n'en restera pas moins acquis à la science un moyen précieux pour remplacer les évacuations sanguines locales, dans les cas où elles sont contre indiquées soit par l'état local, soit par l'état général.

N° 6. — 11 FÉVRIER.

De la grippe de Paris et de son traitement.

La grippe actuelle mérite à plus d'un titre l'attention des médecins praticiens. Le temps est loin de nous, où l'on s'imaginait qu'on ne pouvait établir de bons principes de diagnostic et de thérapeutique que sur des ouvertures de cadavres. Un immense progrès est accompli en ce sens qu'on commence à revenir à la méthode d'observation tant vantée par les anciens, qui consiste à étudier à la fois, en détail et en grand, c'est-à-dire dans les individus et dans les masses, les phénomènes de ces affections, et à formuler la méthode de traitement, non pas exclusivement d'après tel ou tel fait isolement, encore moins d'après une série de faits étrangers à l'histoire des corps vivants, mais d'après l'ensemble des données déduites simultanément de tous les points observables dans le cours de ces affections. Si une expérience assez longue, acquise par les médecins à leur corps défendant, ne les avait pas suffisamment dégoûtés des systèmes pathologiques à vues fausses ou incomplètes, comme ceux qui dérivent uniquement de la considération du siége des maladies, de l'étude des symptômes et ce qui est pis encore, de la description muette des lésions cadavériques, l'apparition de la grippe les aurait certainement rappelés à d'autres sentiments, à moins qu'ils ne s'entêtassent, comme quelques-uns, malgré l'évidence et aux dépens de leurs malades, à soutenir leurs vieilles prétentions.

En effet, la grippe actuelle est une immense affection étendue dès à présent à plus de la moitié de la population de la capitale, affectant tous les malades d'un principe pathologique uniforme, et se traduisant au-dehors par un appareil de symptômes qui se promènent pour ainsi dire dans tous les organes indistinctement, sans que, en dépit de cette diversité de siége, le fond même de la maladie, l'affection réelle enfin subisse le moindre changement. Pour peu qu'on parcoure les hôpitaux de la capitale, et même à chaque pas, dans les rues et dans les places, on rencontre des preuves de cette variété excessive de phénomènes sur un fond de maladie commun. Les uns ont un coryza ou un catarrhe pulmonaire; les autres, des douleurs articulaires; ceux-ci un flux de ventre ou des coliques; les plus malades, une pleurésie ou une pleuro-pneumonie. Demandez à ces sujets eux-mêmes, à tous les médecins au service de ces malades ce que signifient ces symptômes, tous vous répondront qu'ils ne sont que des formes multipliées de la grippe ou d'une seule et même affection. Ce n'est pas là un préjugé de systématique ou une opinion préconçue, car, si vous y regardez vous-même attentivement, vous verrez que toutes ces formes offrent, malgré leurs différences, des caractères généraux semblables, que toutes cèdent sans peine au même traitement.

La grippe cède sans peine, disons-nous, à nos méthodes de traitement. Il n'y a pas lieu, par conséquent, à s'enquérir de l'anatomie pathologique de cette épidémie : ce qui doit faire présumer que les médecins pour lesquels l'investigation des lésions cadavériques est le seul guide, doivent être bien embarrassés d'instituer solidement le plan de sa curation. Quant aux malades, il est douteux qu'ils se trouvent plus mal de cette lacune, car, outre qu'elle ne peut être remplie qu'à leurs dépens, il est probable qu'elle ne nous fournirait pas plus de lumières que nous n'en trouvons après que nous avons fait la revue des symptômes exclusivement. Faut-il pour cela renoncer aux recherches anatomico-pathologiques toutes les fois que l'occasion se présente de diriger son attention dans ce sens? non, sans doute. Les investigations cadavériques sont du même ordre que les investigations des symptômes; il faut s'y livrer avec un soin égal. Ce que nous désirons, c'est qu'on ne s'en tienne pas à ces observations, mais qu'on ait en perspective la connaissance même de l'affection.

Un dernier genre d'enseignement nous est fourni par la grippe : il a pour objet le choix des méthodes et des moyens curatifs. On se souvient qu'il y a parmi nous un ou deux médecins que nous appellerions en plaisantant la secte des égorgeurs, si l'on pouvait plaisanter quand il s'agit de l'homme malade. Quoi qu'il en soit, ces médecins cherchent à faire grand bruit par la recommandation des saignées à outrance, suivant leur expression favorite, dans toutes les maladies, à leur début. Cette méthode de thérapeutique par égorgement, dont nous avons fait ample justice, éprouve, dans l'affection régnante, un désappointement éclatant. Questionnez encore à ce sujet l'immense majorité de nos confrères; visitez vous-même les hôpitaux, et vous apprendrez que la grippe, si bénigne jusqu'ici, s'irrite et devient mortelle quand on excède un peu en faveur des émissions sanguines les bornes de la modération. Qui n'a pu voir des douleurs pectorales insignifiantes tourner, en quelques heures, en pneumonie ou en pleuro-pneumonie après des saignées trop copieuses ou après des saignées trop répétées? Pour notre compte, nous en avons eu sous les yeux beaucoup d'exemples, et nous n'irons pas trop loin en adjurant ceux de nos confrères à qui il est arrivé de perdre quelques malades de l'épidémie actuelle, de se demander, la main sur la conscience, s'ils ne les ont pas trop ou trop souvent saignés. Nous ne pousserons pas plus loin ces réflexions préliminaires : nous en avons assez dit pour laisser pressentir que, dans la description qui va suivre, nous embrasserons toutes les circonstances de la maladie, et nous ne sacrifierons à aucune méthode exclusive. Occupons-nous en premier lieu des causes de l'épidémie.

Les causes de la grippe actuelle paraissent être du même genre que les causes des maladies analogues qui ont paru en divers temps, et notamment dans le cours

(1) Vu la rareté et la cherté toujours croissante des sangsues, dont l'application, du reste, n'est pas exempte d'inconvénients.

de ce siècle et dans le siècle précédent. On les attribue aujourd'hui comme on le fit antérieurement aux vicissitudes atmosphériques, ou aux alternatives rapides du froid et du chaud, de la sécheresse et de l'humidité. On ne peut nier que les constitutions atmosphériques des mois passés ne s'accordent à Paris avec cette idée. Nous avons vu aussi que d'après les rapports de cette espèce qui nous sont venus de Londres et d'autres pays étrangers, cette opinion ne paraît pas moins fondée. Cependant si l'on considère la prodigieuse extension de cette affection à travers des contrées entièrement différentes par le climat et par les localités, on sera moins pressé peut-être d'en attribuer l'origine à des influences météorologiques, dont rien ne prouve jusqu'ici la généralisation au même degré ; nous inclinerions à penser que les influences atmosphériques ont favorisé ou provoqué cette maladie dans les lieux où elle a régné, mais qu'elle tient en principe à une cause particulière inappréciée. En attendant les renseignements que nous donnerons sans doute les observateurs de tous les pays par où elle a passé, nous allons fournir, en peu de mots, pour le climat de Paris, le contingent des documents météorologiques qui doivent éclaircir cette difficulté. Nous remonterons aux six derniers mois.

Depuis le 30 août 1836 jusqu'au 22 septembre, le temps a été froid ; l'humidité s'est jointe à cet état et l'on a eu des averses répétées de pluies froides ; les vents dominants ont varié irrégulièrement du sud au nord et du nord au sud, en même temps que le soleil a été très-chaud toutes les fois qu'il s'est montré ; jusque-là l'état dominant de l'air était l'humidité et le froid. Le 22 la constitution atmosphérique a changé de face, le temps s'est éclairci, est devenu superbe et en même temps très-chaud et très-sec. Le lendemain une humidité excessive avait remplacé la sécheresse de la veille, et l'air était d'une chaleur énervante sous l'influence du sud-ouest. Depuis, les alternatives de froid et de chaud, de sécheresse et d'humidité, entremêlées de périodes de calme, les pluies et les tempêtes violentes se sont succédé avec très-peu d'interruptions, jusqu'à la fin de décembre. Nous ajouterons à ces traits que l'air a été généralement très-humide et très-mou. Vers la fin de l'année on a eu de fortes gelées, à la suite d'une chute considérable de neiges, qui ont persisté jusqu'au 6 janvier ; alors le dégel est arrivé. Les gelées n'ont repris avec quelque intensité qu'après la première quinzaine de janvier ; mais elles ont très-peu duré, car dès le 18 un dégel complet est arrivé. L'air est resté doux et toujours très-humide jusqu'au 4 du mois présent. Depuis ce jour-là il est redevenu très-sec, très-clair et très-froid, et il continue de la sorte au moment où nous écrivons. En résumé, la constitution atmosphérique de Paris a été généralement froide et humide et entrecoupée de vicissitudes continuelles et très-prolongées. Nous allons entrer maintenant dans le détail de l'épidémie consécutive à cet état atmosphérique.

Il y avait déjà longtemps que nous savions, d'après des relations officielles, que la grippe sévissait en Danemarck, en Suède et en dernier lieu à Londres, lorsqu'elle éclata parmi nous. Comment s'est-elle propagée du nord au midi, franchissant de grandes distances intermédiaires, pour arriver jusqu'à nous ? c'est une difficulté jusqu'ici indécise et qu'on ne pourra résoudre, à notre avis, qu'au moyen de la notion certaine de la cause qui la produit. Nous est-elle venue par contagion ? se transmet-elle de même ? nous vient-elle par infection, et en quoi consiste le foyer de sa production ? Qu'on multiplie tant qu'on voudra les hypothèses, on n'en connaîtra pas mieux le principe de sa propagation. Quant à nous, nous n'adoptons ni l'une ni l'autre de ces suppositions précédentes ; nous pensons simplement qu'elle s'est répandue et se répand encore en vertu de sa puissance épidémique, sans rien décider sur la nature de cet élément.

Il est difficile de prononcer quand elle a envahi la capitale. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'avant la première quinzaine de janvier rien ne trahissait sa présence dans le caractère des maladies régnantes. Nous ne serons pas loin de la date véritable de sa naissance si nous la rapportons entre le 15 et le 20 janvier ; alors seulement des cas insolites d'affections catarrhales commencèrent à se produire, d'abord parmi les individus à poitrine délicate ou malade, les asthmatiques et les phthisiques surtout. Quelques jours après elle s'était manifestée sans équivoque tant par la multiplicité des invasions nouvelles que par l'uniformité des phénomènes essentiels. Son extension a suivi depuis une marche rapidement progressive : elle a pénétré successivement et presque en même temps dans les communautés religieuses, dans les institutions, dans les colléges, dans toutes les réunions de personnes de tout sexe, de tout âge, de toute condition. Telle est en ce moment sa généralisation dans la capitale, que, comme nous le disions dans le dernier numéro de la *Gazette médicale*, on compte plutôt les personnes qui n'en sont pas affectées qu'on ne peut compter celles qui ont subi ou subissent actuellement les atteintes de ce mal. Nous ne dirons pas si elle durera longtemps encore, si elle touchera incessamment aux stades de la décroissance. Voici néanmoins une conjecture que nous croyons fondée :

Depuis déjà plusieurs jours la constitution de l'atmosphère a contracté des qualités spéciales diamétralement contraires aux qualités dominantes jusqu'ici. Nous avons vu que l'humidité froide et les vicissitudes de l'air avaient rempli la majeure partie des mois passés, et que selon toute apparence cette condition atmosphérique a secondé au moins l'accès de cette affection. Eh bien ! à dater du 2 ou 3 février environ, le temps a pris d'abord une assiette plus fixe, ensuite il est devenu notablement sec et froid. Si cet état de choses continue, nous sommes autorisés à penser qu'il opérera un changement dans la nature de l'épidémie, en y provoquant un élément nouveau qui la doit ruiner. Nous voulons parler de l'élément inflammatoire qui manque rarement de se joindre aux maladies quand l'air reste assez longtemps sec et froid. En attendant la grippe gagne toujours en espace, déborde la banlieue, et se propage dans les provinces du sud et du nord. Il nous revient de toutes parts en effet que les départements contigus à celui de la Seine observent déjà plus ou moins les phénomènes de la grippe de Paris.

Le signalement de cette maladie n'est pas difficile ; tous les malades ont des symptômes communs, preuve de l'uniformité de l'affection régnante ; un grand nombre offrent néanmoins sous ce fonds identique des nuances pathologiques tout à fait distinctes qu'il importe de démêler. Nous allons parler d'abord des signes caractéristiques de la grippe de Paris, de ceux qui paraissent inséparables de son existence et qu'on rencontre chez tous les grippés. Ce groupe de symptômes suggère l'indication fondamentale de cette maladie, et repré-

sente son élément essentiel. Nous exposerons ensuite les formes principales rassemblées autour de ces signes, ce sont les expressions multipliées par lesquelles elle se manifeste, selon la diversité des circonstances locales ou individuelles dans les divers sujets.

Tous les malades éprouvent un sentiment de faiblesse profonde, des douleurs vagues des membres, de l'inappétence ou du dégoût. Chez tous les yeux sont brillants, abattus, noyés de larmes, les sclérotiques jaunes ; la face est triste ; les traits contractés, retirés, en un mot grippés; tous ont une teinte jaunâtre de la face ; la langue blanche, molle, large, humide ; le pouls souple, facile à déprimer ; chez tous il y a des éternuements répétés, une tendance à la sueur, sinon des sueurs décidées, et une disposition à frissonner dès qu'ils se remuent ou qu'ils s'exposent à l'air. L'ensemble de ces symptômes ne manque jamais quand la maladie s'est complétement développée. A son début, il y a le plus souvent des éternuements fréquents, un coryza, une forte céphalalgie, un flux nasal continuel, quelques secousses de toux sèche, profonde, très-fatigante, un frisson fébrile suivi d'une chaleur pyrétique. On observe aussi assez souvent à la même époque des soulèvements d'estomac, des nausées et même des vomissements. Lorsque la maladie tend à sa fin, il survient des sueurs copieuses, quelques garde-robes jaunes, safranées, bilieuses, et une émission abondante d'urine. La durée moyenne de la grippe est de quatre à sept jours ; cependant les malades traînent ordinairement à la suite de ses attaques, un sentiment de faiblesse et d'inappétence plus ou moins marqué. Voilà les signes essentiels de la grippe : quelques malades n'offrent pas d'autres symptômes, et subissent ainsi cette épidémie dans son exquise pureté.

Les formes de la grippe n'offrent rien de fixe, elles sont extrêmement variables et renaissent souvent ou se succèdent chez les mêmes sujets. La plus commune c'est celle du catarrhe pulmonaire. Cette localisation est empreinte jusque dans son symptôme pathognomonique d'un trait particulier. La toux est profonde, dure, saccadée, revient par quintes, n'amène aucune expectoration, fatigue considérablement. Nous avons vu dernièrement un gendarme de la caserne de l'Abbaye chez lequel ces quintes étaient si vives qu'elles le menaçaient de suffocation. On a reconnu à ces phénomènes le cachet de toux nerveuses par excellence. Ce qui complète la similitude, c'est que la poitrine se dilate avec peine, que les malades se plaignent d'une constriction des parois thoraciques, comme si elles étaient serrées par une corde ; la toux murit ensuite au déclin de la maladie, devient grasse, et l'expectoration se fait aisément.

D'autres formes très-familières aussi sont les angines, les coliques, les douleurs rhumatiques telles que le lombago, la pleurodynie. On ne s'attend pas à nous voir décrire individuellement chacune de ces formes ; on suppléera aisément aux détails que nous devons omettre ; ce qu'il faut savoir, c'est que ces localisations ne s'accompagnent en général d'aucun danger notable, qu'elles marchent sous les auspices de l'affection générale, et qu'elles ne survivent pas ordinairement à sa disparition.

Il nous reste à mentionner les seules formes de la grippe véritablement graves, c'est lorsqu'elle devient une pleurésie, ou une pneumonie, ou une pleuro-pneumonie. Heureusement cette variété est très-rare ; on peut même dire qu'elle ne survient guère qu'accidentellement et à la suite des pleurodynies ou des catarrhes pulmonaires qu'on a négligés ou qu'on a traités par des émissions de sang trop fortes ou trop fréquentes. On reconnaît cette forme de l'épidémie à la combinaison des caractères propres à la pleurésie ou à la pleuro-pneumonie, avec les caractères naturels à la grippe. Nous ajouterons à la suite des variétés de l'affection régnante, que, chez quelques-uns, elle débuta par des douleurs lancinantes vagues, par des contractions douloureuses des muscles ou par des crampes aux jambes, par une douleur de tête violente. Cette dernière est même très-commune. Nous répéterons, en terminant cette énumération, que, malgré la différence de ces symptômes, c'est partout et toujours une affection identique, partout et toujours la grippe.

Le traitement de la maladie régnante exige, comme l'étude de ses caractères, deux ordres de considérations ; les plus essentielles sont relatives à sa nature même, à son élément principal. Celles-là doivent avoir le pas sur les autres, et constituer la base de la curation. Les secondes ne sont jamais qu'accessoires, subordonnées aux premières, relatives seulement aux parties que l'affection intéresse préférablement. Les indications fondamentales attaquent le principe de la maladie et sa nature essentielle.

Cette nature, ce principe, cet élément échappent aux recherches actuelles, comme la nature des épidémies a échappé jusqu'ici à la sagacité de tous les médecins épidémistes. Cependant ces médecins, Baillou, Sydenham, Rumazini, n'en ont pas moins saisi par l'observation ce qu'il importait de connaître dans les affections de cette classe, nous voulons parler du caractère de leurs indications. Tous ont remarqué que ces indications étaient spéciales ou spécifiques, et ne convenaient qu'à chaque espèce exclusivement. Aussi existent-elles tant que dure l'épidémie, après quoi elles disparaissent, cédant la place à d'autres indications. Les mêmes réflexions s'appliquent à la grippe de la capitale. Cette affection est *sui generis*, elle suggère aussi un ordre particulier d'indications. Toutefois cet élément épidémique se reconnaît aux signes décrits précédemment : savoir, la fièvre, un violent mal de tête, les douleurs vagues du tronc et des membres, etc. ; à la vue de ces symptômes, l'expérience nous apprend que, quel que soit le cortége et le nombre des phénomènes morbides, nous avons sous les yeux un exemple de l'épidémie régnante ; il n'en faut pas davantage au praticien pour appliquer à tous les malades la même méthode de traitement. En quoi consiste donc ce traitement fondamental ?

Une médication naturelle en fait souvent justice. Ainsi, il suffit très-souvent de soustraire les malades aux influences de l'atmosphère, de les réduire au repos, de leur faire prendre quelques boissons chaudes pour venir à bout de tous les symptômes. Trois ou quatre jours et d'autres fois sept ou huit sont nécessaires pour obtenir ce résultat.

Si la maladie est plus violente, ou si on veut la détruire avec plus de promptitude, l'expérience nous en fournit des moyens plus prompts. Nous disons l'expérience, car en fait de thérapeutique, l'expérience, comme le dit Baglivi, est la règle suprême des praticiens. Ces moyens sont les suivants : Dès qu'on est appelé auprès de quelques-uns de ces malades, faites les coucher, administrez leur quelques boissons diaphoré-

tiques chaudes, l'infusion de tilleul ou autres, et prescrivez concurremment un purgatif. Aussitôt après l'effet de la médecine, une détente générale arrive, et les malades sont sur pied. Le choix des purgatifs n'est pas indifférent. Nous en avons essayé de plusieurs espèces, aucun ne nous a réussi mieux que les purgatifs ordinaires avec la manne et les sels neutres. Qu'on ne nous demande pas comment agit le purgatif, comment il est si efficace, nous ne pourrions rien répondre, ou plutôt nous n'aurions qu'à répondre qu'il est le remède par excellence dans le traitement de cette affection. Qu'on se garde surtout de l'associer à des remèdes d'un autre genre, et en particulier à des émissions sanguines. Le moindre inconvénient des saignées contre la grippe actuelle, c'est de prolonger la maladie. Nous l'affirmons avec confiance, parce que des épreuves répétées nous y autorisent : la purgation est le remède souverain.

Quand l'indication fondamentale est satisfaite, viennent les médications secondaires : celles-ci varient suivant le siége que la grippe affecte. S'accompagne-t-elle d'une angine ? aux moyens précédents on joint l'emploi des gargarismes, les fomentations ou applications émollientes ; on a recours aux sangsues si l'inflammation locale s'élève à un trop haut degré. Est-elle associée à un catarrhe bronchique? les pectoraux à l'intérieur, les fumigations, les cataplasmes locaux et au besoin aussi les émissions sanguines locales, concourent à la dissiper. La combinaison la plus redoutable, c'est celle d'une pleurésie ou d'une pleuro-pneumonie. Lorsqu'elle est confirmée, les émissions sanguines deviennent plus nécessaires à cause de la structure de l'organe malade et du besoin plus urgent de le débarrasser. Et pourtant, bien que les saignées générales ou locales soient plus admises ici que dans les autres formes, il est indispensable d'en régler le nombre et la mesure d'après l'indication fondamentale. Sans rien préjuger à cet égard de ce que les circonstances individuelles doivent suggérer, nous dirons toujours que ces sortes de fluxions de poitrine ne tolèrent pas les émissions sanguines comme les supportent en général les inflammations franches de ces organes. La raison est aisée à comprendre, c'est qu'on n'a pas affaire en ce moment à des inflammations pulmonaires véritables, mais à des inflammations soumises à un autre genre d'affection. Dans les inflammations actuelles, les saignées et les sangsues en trop grand nombre ou en trop grande quantité abattent promptement les forces et décident des symptômes nerveux qu'on n'est pas toujours en position de réprimer. L'expérience le démontre, comme l'expérience de tous les siècles l'a démontré dans d'autres épidémies. Dans toutes les variétés de la grippe, il faut d'ailleurs mener de front le traitement général avec le traitement local, parce qu'il y a dans tous les cas d'altération locale deux classes d'indications : les plus importantes sont fournies par l'affection même, les autres ne viennent qu'en sous-ordre et dépendent des formes multipliées de cette affection.

Observation d'un lipème de la grosseur de la tête ; par Léonard TAILLEFER, D.-M. P. à Honfleur.

M. Alquié, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi de Montpellier, a publié depuis peu des observations fort intéressantes, recueillies à la clinique de M. le professeur Serre, sur la réunion immédiate, au moyen de la suture, après l'ablation de seins cancéreux et l'amputation des membres.

Quelques mois après, je vous ai communiqué l'observation d'une plaie du pavillon de l'oreille traitée par la suture, et, à cette occasion, je disais que ce moyen était trop généralement négligé, et que, dans cette circonstance comme dans beaucoup d'autres, il m'avait constamment réussi.

Encouragé par ces succès et ceux obtenus par le chirurgien de Montpellier, j'y ai eu recours de nouveau, dans un cas assez remarquable, et également avec succès. Le voici.

OBS. — Monsieur Légris, âgé de 62 ans, portait, depuis 20 ans, à la région dorsale, une tumeur indolente et sans changement de couleur à la peau. Un chirurgien posa, il y a 5 ou 6 ans, un séton dans cette tumeur qui, à dater de ce moment, fit des progrès rapides. Ce malade, de plus en plus gêné, et par son volume et par le séton qui donnait lieu à une suppuration d'une odeur repoussante, me consulta sur les moyens de s'en débarrasser. Je lui conseillai l'opération à laquelle je procédai quelques jours après en présence d'un confrère, M. Banieul, dont l'avis avait été conforme au mien.

La loupe fut circonscrite par deux incisions semi-elliptiques, dont le grand diamètre pouvait avoir dix pouces d'étendue. Les adhérences qui existaient dans ces points rendirent la dissection difficile d'abord, mais la base de la tumeur se détacha très-facilement avec l'instrument. Une ligature seulement fut faite ; les lèvres de cette plaie énorme furent maintenues en contact par neuf points de suture, des bandelettes agglutinatives et un bandage convenable.

Le malade n'éprouva aucun accident, pas même le plus léger mal de tête. Trois jours ensuite, le premier appareil est enlevé ; les lèvres n'ont éprouvé aucun écartement ; le jour suivant je coupe les points de suture ; je renouvelle les bandelettes de diachylum ; la plaie fournit peu de suppuration, et la cicatrisation marche très-rapidement.

Guérison parfaite quinze jours après l'opération ; cicatrice linéaire.

Les aiguilles courbes dont je me servis eurent beaucoup de peine à traverser les deux lambeaux dont le tissu cellulaire sous-cutané était notablement induré.

Cette tumeur, de nature graisseuse, avait l'étendue d'un placenta, elle pesait quatre livres et était en rapport avec le trapèze, le grand dorsal, le sous-épineux, le petit et le grand rond.

N° 7. — 18 FÉVRIER.

Nouvelles observations sur la grippe de Paris.

L'épidémie de Paris, qu'on peut dire maintenant l'épidémie de l'Europe, ne touche pas encore à sa fin ; son développement sur presque tous les points de la France, quelques caractères nouveaux qu'elle paraît avoir acquis, joints aux renseignements fournis par la pratique des principaux médecins de Paris, voilà des motifs qui nous engagent à revenir sur cet important sujet. Pour donner plus de poids et d'intérêt à nos observations, nous allons les présenter en reproduisant

les principaux faits qui ont été mis en lumière à la dernière séance de l'Académie.

La grippe a-t-elle cessé d'être aussi bénigne qu'à son début? La mortalité plus grande qu'on observe est-elle le résultat direct de l'épidémie régnante? Quels sont les meilleurs moyens de la combattre? Telles sont les questions à examiner.

Tous les médecins ont observé depuis une dizaine de jours que la première forme de la grippe a subi quelques modifications, ou du moins que les choses sont un peu différentes aujourd'hui de ce qu'elles étaient au début de l'épidémie, soit qu'on admette un accroissement dans l'intensité de la cause épidémique, soit qu'on suppose l'existence d'affections concomitantes nouvelles. Ainsi, au lieu d'un léger catarrhe bronchique, se reproduisant partout et chez tous les individus avec les mêmes appareils de symptômes, on remarque en ce moment, et la forme primitive avec des accidens généraux plus redoutables, et des pneumonies véritables, insidieuses, profondes, accompagnées de tendance à la prostration, et enfin quelquefois de symptômes occupant spécialement les voies digestives ou le système nerveux, avec un état plus ou moins grave de tout l'organisme. Au lieu de se terminer en peu de jours avec le secours des médications naturelles, ces manifestations morbides exigent l'intervention directe et active de l'art. On soigne, on purge, on fait vomir, on administre l'émétique à haute dose, et, malgré tous ces moyens, beaucoup de malades succombent. La mortalité est en effet beaucoup plus considérable qu'il y a quinze jours, et qu'on ne l'observe d'ordinaire à pareille époque. M. Bouillaud a reconnu qu'il avait perdu depuis huit jours, dans son service clinique, plus de malades que pendant les huit derniers mois. Nos amphithéâtres sont encombrés; il existe partout des preuves d'une grande mortalité, qu'il est inutile de proclamer dans les feuilles publiques, mais qu'il est de notre devoir de constater afin d'en étudier les causes, d'aviser aux moyens de la combattre, et de prémunir nos confrères de la province surtout contre une dangereuse sécurité.

Tels sont les principaux changemens survenus depuis la semaine dernière dans l'épidémie. Faut-il considérer comme des affections indépendantes de la grippe les nouvelles formes pathologiques observées sous la constitution régnante, et faut-il, comme l'ont exprimé plusieurs académiciens, attribuer à des complications étrangères l'excès de mortalité qui se manifeste depuis plusieurs jours? Cette question n'est pas indifférente : elle est, au contraire, fort importante; car de sa solution dépend en grande partie le principe du traitement qu'il convient d'adopter.

Nous pensons, nous, avec M. Récamier et plusieurs autres praticiens distingués que la grippe seule, c'est-à-dire l'épidémie régnante, cause les ravages qu'on cherche à mettre sur le compte d'autres influences. Ce n'est pas l'occasion d'approfondir les motifs qui nous font adopter cette opinion de préférence à l'opinion opposée; nous avons lieu d'espérer que le célèbre rapporteur de la commission des épidémies se chargera de ce soin avec le talent qui le caractérise. Voici cependant les motifs principaux sur lesquels nous nous appuyons.

Presque tous les médecins ont reconnu que la maladie régnante se manifeste d'abord par un ensemble de symptômes généraux qui ne se localisent vers l'appareil respiratoire que secondairement. La prédominance numérique de la forme bronchique de l'épidémie a fait penser à certaines personnes qu'elle excluait la forme pneumonique. Pour ces personnes la maladie qui envahit la première partie de l'appareil pulmonaire cesse d'être la même, parcequ'elle en occupe les dernières ramifications : cette manière de voir purement anatomique est la dernière conséquence du préjugé qui avait habitué l'esprit pendant les dernières années à voir des maladies foncièrement différentes à chaque division d'un appareil organique. Cependant la condition seule de la *généralité* de la maladie à son début, c'est-à-dire de son existence indépendamment des symptômes locaux, qui ne viennent que secondairement ou qui ne viennent pas du tout, devrait suffire pour donner la signification des formes multiples que peut acquérir un même fond de maladie, c'est-à-dire sa cause essentielle. M. Récamier a considéré avec raison la maladie régnante comme une fièvre éruptive dont les caractères et les dépendances anatomiques peuvent occuper toutes les parties de la peau, et dont l'existence n'est pas limitée à ces manifestations extérieures. Une épidémie est, ainsi que nous l'avons établi ailleurs, une cause générale, spécifique, qui sévit sur une population comme un génie particulier, et qui une fois introduite dans l'organisme se traduit en apparences symptomatiques variables dans la forme, mais les mêmes au fond. Il en est de ces causes épidémiques comme d'une cause morbide essentielle, comme des scrofules, du rhumatisme, et particulièrement des causes plus matérielles, comme des émanations de plomb; toutes les manifestations pathologiques dépendant de ces causes doivent-elles être considérées comme autant de maladies particulières, parce qu'elles revêtent des formes ou des symptômes anatomiques différents? La question ainsi réduite ne me paraît pas susceptible de controverse. J'ai dit plus haut que cette question avait une grande importance pour la pratique. On conçoit en effet que, si les traductions locales de l'épidémie ne sont au fond que des dépendances d'une même affection, il importe de les soumettre toutes à un même plan thérapeutique approprié à leur nature et modifié seulement suivant les indications individuelles. D'après cette manière de voir, la grippe mal de gorge, la grippe bronchique, la grippe pneumonique, la grippe gastro-entérique et la grippe générale, seraient toujours la grippe, c'est-à-dire une expression phénoménale ou symptomatologique diverse d'un même état ou d'une même cause; et le traitement principal propre à dissiper cette cause devrait être le même, sauf les indications secondaires, comme le traitement des affections saturnines doit être le même, malgré la différence des appareils symptômatiques par lesquels elles se traduisent. Mais nous ne connaissons pas la nature intime de la cause qui a donné lieu à l'épidémie actuelle; nous devons donc, à l'exemple des Baillou, des Baglivi, des Huxam, des Stoll et des Sydenham, interroger l'expérience présente, et faire taire d'abord tous préjugés anatomiques et physiologiques, afin d'adopter sans résistance ce qu'elle nous montre de plus efficace. Or, qu'enseigne l'expérience? ce point n'est pas le plus facile à résoudre; car, ainsi qu'on le voit pour la médecine de tous les jours, chacun prône les résultats des méthodes qu'il préfère, et il est assez difficile de distinguer, à travers des assertions souvent contradictoires, ce qui est de ce qui n'est pas.

A la dernière séance de l'Académie, plusieurs praticiens distingués ont fait part de leurs observations sur ce point. M. Lepelletier du Mans a cru remarquer que les déplétions sanguines, loin d'être salutaires, avaient une tendance à jeter les malades dans le collapsus, et il a donné la préférence à l'émétique à hautes doses, dans les cas graves. Sur 20 pneumonies traitées par cette méthode, 18 ont cédé rapidement. Le même médecin a observé en outre que la tolérance de l'émétique s'établissait facilement. Ce résultat est important et mérite d'attirer l'attention des praticiens. M. Récamier a eu recours à une thérapeutique mixte, tantôt déplétive, tantôt évacuante, tantôt narcotique, suivant certaines indications. L'honorable académicien a cherché à préciser ces indications, qui toutes reposent sur des variations symptomatologiques individuelles. MM. Louyer-Willermay et Bouillaud n'ont point paru se trouver mal des évacuations sanguines. Cependant il est bon de remarquer que ces honorables praticiens n'ont point annoncé des résultats aussi explicites et aussi affirmatifs que MM. Lepelletier et Récamier. On notera au contraire que M. Bouillaud, dont la franchise mérite toute notre approbation, a formellement dit que des pneumoniques traités par les saignés répétées plusieurs jours de suite, mais non répétées plusieurs fois dans la même journée, ce qui constitue pour lui une différence de méthode, ont succombé. Il n'a même pas cru pouvoir se prononcer encore sur la valeur des saignées *coup sur coup*, auxquelles il a soumis plusieurs malades; et il a promis de faire connaître les résultats de cette méthode dans la prochaine séance. Nous comptons sur la communication de M. Bouillaud, et nous nous empresserons de la publier.

Jusqu'ici, comme on le voit, les praticiens qui ont fait part de leurs expériences à l'Académie, n'ont rien arrêté de fixe à l'égard de la thérapeutique de la grippe. Lorsque cette affection est légère tout le monde a observé qu'elle guérissait d'elle-même ou avec peu de chose. Mais lorsqu'elle s'aggrave ou envahit le parenchyme pulmonaire, la scène change et les méthodes thérapeutiques sont loin de triompher indistinctement du mal.

Il est déjà reconnu par les partisans mêmes de la saignée, que cette méthode ne paraît pas jouir dans les circonstances actuelles des avantages qu'elle possède dans les circonstances ordinaires. Il paraitrait difficile de préciser jusqu'à quel point les saignées sont nuisibles ou utiles, et quels sont les moyens qu'on devra leur préférer. Cependant nous croyons y être arrivé : voici comment.

Lorsque la grippe est bénigne ou légère, elle peut guérir par tous les moyens, c'est-à-dire par la médecine expectante, le repos et la diète, ou bien concurremment avec des méthodes thérapeutiques actives. Quoique dans aucun cas elle ne soit suivie de terminaison funeste, elle peut, suivant qu'elle est plus ou mois convenablement traitée, guérir plus ou moins rapidement, et plus ou moins complétement; c'est par l'observation de ces sortes de faits que nous sommes arrivé à nous fixer. Ainsi dès le début de l'épidémie nous avons abandonné la maladie à elle-même. Ayant cru remarquer que les guérisons ainsi obtenues laissaient généralement après elles une faiblesse plus ou moins grande, une anorexie plus ou moins persistante, nous avons eu recours à l'emploi des purgatifs. Ils ont dissipé ces restes de la maladie. Prévenu favorablement pour ces moyens, nous les avons administrés 24 ou 36 heures après la période d'invasion, et nous avons remarqué deux choses importantes, savoir : que la maladie durait moins longtemps et qu'elle perdait immédiatement son caractère de généralité; et enfin que chez aucun malade elle ne se transformait en affection grave. Nous avons ainsi traité ou vu traiter 70 à 80 personnes depuis une quinzaine de jours, et toutes ont recouvré la santé sans symptômes dangereux et sans symptômes consécutifs. Pendant que nous en agissions ainsi nous avons continué à observer ce qui se passait ailleurs : nous avons cru voir que beaucoup de malades, abandonnés à eux-mêmes au début de la maladie, finissaient par être pris de maladies plus sérieuses, et que les malades chez lesquels la saignée avait été employée au début de l'affection, ou bien avaient guéri lentement, ou n'avaient pas guéri : voilà comment nous en sommes venus à nous convaincre qu'il n'est pas prudent d'abandonner la maladie aux seules ressources de la nature, et que l'emploi des évacuans vingt-quatre heures après son début, a les plus heureux résultats. Nous engageons les praticiens à les vérifier.

Les vues qui nous dirignent ont été présentées dans notre dernier numéro avec leurs développements nécessaires; nous pourrions en ajouter d'autres à l'égard des questions soulevées par l'épidémie : nous y reviendrons en temps convenable, et peut-être même aurions-nous commencé dès aujourd'hui à mettre en relief quelques-uns des enseignements qu'elle porte avec elle d'une manière si frappante, si, comme nous l'avons dit, nous n'avions lieu d'espérer qu'un de nos plus célèbres praticiens se chargera probablement de cette tâche à la prochaine séance de l'Académie.

Mémoire sur le délire, les convulsions et l'épilepsie produits par les préparations de plomb; par V. Nivet, interne des hôpitaux.

(Quatrième article. Voir les n° du 26 novembre 1836 et des 14 et 28 janvier 1837.)

Des altérations pathologiques observées sur le cadavre des individus morts pendant la durée d'une maladie saturnine.

1° *Historique.* Si l'on parcourt les ouvrages anciens, on ne trouve rien de satisfaisant sur le sujet que nous allons aborder.

Nous emprunterons à la thèse de M. Canuet les faits puisés dans les auteurs qui ont écrit avant lui, et qui sont favorables à l'opinion qu'il a adoptée.

Zeller cite l'observation d'un homme qui avait gagné la colique de plomb à falsifier des vins avec la litharge, et dont l'ouverture fit reconnaître une inflammation de l'estomac.

Stoll dit que, dans un cas où la colique fut mortelle, l'ouverture du cadavre présenta une inflammation grave. Mais nous devons ajouter, avec M. Palais, que Stoll, dans sa Médecine pratique, en décrivant la colique de plomb, admet *une complication* qu'il dit avoir été fréquemment pernicieuse, qu'il reconnut pour être

une inflammation des intestins, et qui nécessita de sa part un traitement antiphlogistique.

Henckel avance que la colique des fondeurs produit souvent l'inflammation et la gangrène des intestins, mais il ne paraît pas avoir fait aucune ouverture de cadavre qui vienne à l'appui de sa théorie.

Nous ne parlerons pas de Bonté, qui admet une maladie autre que la colique saturnine (Voyez la partie historique). Desbois de Rochefort dit qu'on a trouvé les intestins phlogosés, et quelques taches gangréneuses.

M. Fodéré ajoute que les personnes mortes de la colique de plomb offrent le mésentère et ses glandes, les vaisseaux chylifères et lymphatiques enflammés.

Nous ne discuterons point la valeur de ces nécropsies, qui, pour la plupart, ont été faites à une époque reculée, alors que l'on était peu familiarisé avec l'examen des cadavres. Nous ne chercherons point non plus à en diminuer la valeur scientifique en leur opposant l'observation de Fernel et les cinquante autopsies de Senac, qui n'ont trouvé aucune altération.

Dehaen, qui, le plus souvent, n'a observé que des rétrécissements de l'intestin, a rencontré dans quelques cas des altérations de l'iléum et du duodénum.

Quant aux altérations de l'encéphale, Astruc, Lepois et Willis ont annoncé les premiers leur existence; les uns ont signalé un engorgement de la moelle, les autres un épanchement de sérosité autour du cervelet et de la moelle allongée.

Nous discuterons plus loin la valeur des observations publiées par Bordeu.

M. Thomas, dans sa thèse inaugurale (1823, thèse de Paris, n. 68), dit qu'à l'autopsie des individus morts de délire épileptiforme, on trouve 1° des altérations très-marquées des méninges et même de la substance cérébrale et rachidienne; les os du crâne eux-mêmes sont souvent affectés.

2° Des épanchements séreux et sanguins dans les membranes encéphaliques et dans les ventricules cérébraux.

3° Des injections sanguines tantôt rouges, tantôt de couleur foncée et même livide du canal intestinal et de l'estomac.

4° Des amincissements souvent très-étendus des tuniques de ce canal, mais rarement des rétrécissements et des accumulations fécales (page 19).

M. Canuet, qui, comme M. Thomas, est un élève de l'école de M. Broussais, a trouvé les méninges gorgées de sang, des épanchements séro-sanguinolents dans la pie-mère et les ventricules, des taches rouges sur la substance grise, la substance blanche piquetée; *quatre fois* il a trouvé des ramollissements partiels des hémisphères; *deux fois* des ramollissements évidents de la moelle. Il ne dit pas combien de fois il a trouvé toutes ces parties à l'état sain.

Nous ne prendrons nullement en considération les résultats que nous venons d'indiquer, parce que les auteurs que nous venons de citer n'ont pas décrit les altérations dont ils parlent, parce qu'ils n'ont pas publié les observations qui ont servi de base à leur travail, et que, dans beaucoup de cas, il est important de rapprocher les symptômes des altérations pathologiques, de connaître combien de temps après la mort, et à quelle époque de l'année l'autopsie a été faite. Nous ferons plus tard l'analyse de l'obs. IX de M. Canuet, qui est la seule qui soit accompagnée de l'autopsie. (Obs. 12 de ce mém.)

Comme les observations de Bordeu sont très-courtes et ont fait beaucoup de bruit, nous allons les examiner avec plus de détails.

Obs. I. — Un peintre, âgé d'environ 36 ans, qui avait eu plusieurs fois la colique, dont il avait été traité (et guéri suivant les apparences) à l'hôpital de la Charité, y mourut enfin, malgré tous les secours ordinaires.

On trouva les intestins, surtout le colon, étranglés, rapetissés, singulièrement rétrécis dans plusieurs portions de leur longueur; les endroits de quelques-uns des étranglements étaient marqués par des espèces de meurtrissures, des engorgements évidents, des points gangréneux sensibles; le jéjunum et l'iléum étaient pleins de ces meurtrissures ou ecchymoses; les vaisseaux sanguins dans un état très-marqué de plénitude; l'estomac surtout, dans sa face interne plein de larges taches noires, livides, et enduit d'une sorte de vernis d'un rouge-brun, qui semblait suinter d'un nombre infini de vaisseaux rampans dans le tissu de ce viscère qui paraissait entièrement enflammé. Le foie, la rate et même le diaphragme, avaient leurs vaisseaux fortement distendus; la vessie, surtout vers le cou, très-rouge, visiblement enflammée; la totalité des intestins avait porté le diaphragme si considérablement vers la poitrine, que les poumons en paraissaient étranglés; ils étaient, à cela près, ainsi que le cerveau, dans leur état naturel.

Comme les symptômes de la maladie de ce peintre ne sont pas indiqués, on n'a d'autre preuve de l'existence d'une colique saturnine à l'époque de la mort, que la profession de cet homme.

Obs. II. — Un jeune peintre mourut à l'hôpital de la Charité, après y avoir eu, à la suite de la colique, le transport, des étouffements considérables, des convulsions affreuses. Le corps devint, quelques heures après la mort, noir et livide dans tout le bas-ventre et sur une grande partie de la poitrine, ainsi qu'au cou et au visage, qui parut se dégorger après la mort par un suintement abondant de sang et de matière ichoreuse par le nez; l'épiploon était gangréné, ainsi qu'une partie des intestins grêles; le colon ne semblait être qu'un cylindre sans cavité, ou d'un très-petit diamètre, dans sa plus grande partie; le cœcum très-distendu et en putréfaction; le foie livide, la vésicule du fiel pleine d'une matière noirâtre; la plèvre, les poumons et le cœur d'un rouge livide, avec des engorgements évidents; les vaisseaux du cerveau très-pleins, très-distendus.

La mort a-t-elle été l'effet de l'action des préparations de plomb, cela est possible; mais nous ne pouvons croire que la gangrène de l'épiploon et de l'intestin grêle ait été le résultat d'une colique saturnine. Si l'on publiait aujourd'hui une observation pareille, personne n'ajouterait foi aux paroles de Bordeu, et l'on désirerait avoir la description de ce qu'il a décrit sous le nom de gangrène de l'épiploon et de l'intestin.

Obs. III. — Un cordonnier, ivrogne décidé, et au point qu'ayant la colique à la Charité, on lui trouva une bouteille de vin dont il faisait sa boisson ordinaire. Ce malade mourut de douleurs de coliques considérables, etc.

Mais qu'est-ce qui nous démontre que ces coliques aient été produites par le plomb? rien dans les renseignements ne nous autorise à le croire; les gangrènes de l'estomac, du jéjunum, de l'iléum, du mésentère,

la pourriture et le ramollissement de la rate et des intestins, les perforations du tube digestif, trouvés chez cet homme, ne doivent pas être attribués à ce métal.

Obs. IV. — Il s'agit d'un plombier qui, après avoir été guéri de la colique par les lavemens adoucissans et purgatifs, la thériaque et un vomitif, mourut d'une pneumonie. A l'autopsie *les intestins furent trouvés très-transparens, vides de sang dans leur tissu, et pleins d'air dans leur cavité.*

Cette observation n'est nullement favorable au système de Bordeu, qui range la colique de plomb parmi les inflammations.

Obs. V. — Le lapidaire dont il est ici question est évidemment mort d'une péritonite. Nous n'indiquerons que les altérations du tube digestif et du péritoine.

« Les intestins furent trouvés livides, nageant dans une sanie purulente ; rien de particulier dans l'estomac, ni dans les intestins grêles; le colon rempli par intervalles de morceaux d'excrémens durs. »

Obs. VI. — Un cordonnier pour femmes mourut à la Charité après un délire de trois jours. Les reins, le foie, la rate, étaient parfaitement sains, ainsi que le mésentère. On pouvait dire la même chose de toute la masse intestinale, à l'exception du tiers du colon et de tout le rectum qui étaient considérablement distendus, parsemés çà et là dans l'intérieur de taches gangréneuses, etc.

Ici encore, tout tend à prouver que cet homme n'était pas atteint de colique saturnine ; nous regardons cette autopsie comme entièrement insignifiante.

Obs. VII. — Un sujet, fort vigoureux, âgé de 40 ans, son métier était de passer la grenaille de plomb, avait eu huit fois la colique minérale. Il mourut enfin de cette colique. Les derniers jours de sa vie la fièvre fut très-vive ; il eut un mal de tête considérable et des douleurs aiguës dans le bas-ventre et les extrémités ; le délire et les convulsions furent les derniers accidens; la poitrine était en bon état; dans le bas-ventre l'épiploon engorgé ; l'estomac altéré vers sa petite courbure, d'une couleur terne blafarde, plombée ; une partie du duodénum et du jéjunum, plus des deux tiers de l'iléum enflammés, d'un rouge obscur ; le mésentère a paru sain ; le méso-rectum engorgé ; tout l'intérieur de l'estomac animé d'un rouge vif, et comme semé de points inflammatoires saillans.

Nous devons convenir que cette observation présente des détails suffisans, pour qu'on soit autorisé à dire que le malade est mort d'une affection saturnine ; mais les rougeurs suffisent-elles pour démontrer l'existence d'un *entérite?* cela ne nous paraît pas prouvé malgré l'assertion de Bordeu.

Obs. VIII. — Le malade, qui fait le sujet de cette observation, est un peintre-barbouilleur, qui eut une colique compliquée de crachement de sang, sans fièvre bien décidée, dont il mourut.

On trouva un épanchement de liqueur rougeâtre au côté droit de la poitrine; les poumons et la plèvre adhérents et enflammés; le cœur contenait une concrétion polypeuse ; l'estomac, dans son intérieur, enflammé, d'un rouge vif; une partie du duodénum, du jéjunum et de l'iléum engorgée, d'un rouge fort pâle dans bien des endroits ; le foie fort volumineux et obstrué de même que le pancréas ; la rate et le mésentère en bon état; le rein droit très-gros, le gauche fort petit.

Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier la valeur du mot engorgement d'un rouge fort pâle employé par Bordeu.

Obs. IX. — Un garçon chaudronnier, arrivé mourant à l'hôpital, y fut ouvert le lendemain de sa mort dans l'intention d'examiner si l'on ne découvrirait pas quelques traces de l'impression des métaux qu'il maniait.

Nous croyons inutile de rapporter les altérations trouvées sur le cadavre de cet homme. Bordeu qui a copié cette observation dans les registres de l'hôpital de la Charité, a reconnu la nature de la maladie à la forme et à la couleur des taches gangréneuses de l'intestin grêle.

Nous sommes entré dans de longs détails à propos des altérations pathologiques signalées par les auteurs dont nous venons d'analyser les ouvrages, parce qu'il n'en sera point question dans le résumé qui va suivre; ce résumé a été fait d'après les observations dont nous donnerons la liste un peu plus loin : ce sont les seules que nous ayons trouvées dans les auteurs modernes.

Nous allons maintenant étudier successivement :

1° Les altérations de l'encéphale observées chez les individus morts de délire, d'épilepsie, ou par une autre cause pendant la durée d'une colique saturnine.

2° Les altérations du tube digestif trouvées dans les mêmes circonstances.

1° *Altérations de l'encéphale, rencontrées sur le cadavre des personnes mortes de délire ou de convulsions.*

A. L'état de la moelle n'a été noté que dans l'observation VII de M. Andral, elle était saine, ainsi que la partie de l'encéphale contenue dans le crâne.

B. Dans les observations XXV, XXVI et XXVIII de M. Mérat, le cerveau était sain.

C. L'observation V de notre mémoire est un de ces exemples rares de cysticerques ladriques développés dans le cerveau de l'homme. La pie-mère contenait quelques-uns de ces kystes, elle était infiltrée de sérosité transparente. Le nombre total des individus dont l'autopsie a été faite est de 5.

2° *Altérations de l'encéphale à la suite de l'épilepsie ou du coma.*

La moelle n'a été examinée que huit fois.

D. Elle a été trouvée saine ainsi que les méninges rachidiennes cinq fois (obs. VII et IX de ce mémoire, X de M. Conti de la Pommerais, IV et VII de M. Andral). Dans l'observation VII de M. Andral, le liquide céphalo-rachidien était abondant.

E. Dans deux cas la moelle était un peu molle, mais offrait sa coloration normale ; dans l'une des observations les méninges étaient injectées et le liquide de M. Magendie abondant. (Obs. VI de M. Andral ; III de M. Corbin.)

F. Chez le malade dont M. Canuet a donné l'autopsie, les méninges de la moelle gorgées de sang ; saine dans la partie supérieure, la moelle offrait inférieurement un ramollissement grisâtre. (Voy. l'obs. XII de ce mémoire.)

G. Cinq malades n'ont offert aucune altération du cerveau et des méninges, seulement il existait une petite quantité de sérosité dans les ventricules. (Obs. XXIV et XXVII de M. Mérat, VII et IV de M. Andral ; obs. III

de M. Corbin ; dans ce dernier cas l'hémisphère droit du cerveau offrait latéralement et en arrière une tache de sang sous l'arachnoïde.)

H. Six fois on a noté une hypertrophie du cerveau avec aplatissement des circonvolutions cérébrales. (Obs. viii de ce mémoire ; i, ii, iii de M. Mickel ; obs. de Laennec et de M. Cazeau.)

I. Le cerveau était sain, les méninges injectées et infiltrées de sérosité transparente ou légèrement opaline dans les trois observations qui suivent. (Obs. vi, vii et xi de ce mémoire.)

J. Dans un cas le cerveau était sain, les méninges adhérentes injectées et épaissies. (Obs. x de M. De la Pommerais.)

K. Ramollissement jaune de la partie de la substance blanche qui est contiguë à la substance grise. (Obs. ix et x de ce mémoire.)

L. Léger ramollissement des nerfs optiques, des éminences mamillaires, des prolongements antérieurs de la moelle allongée. (Obs. vi de M. Andral.)

M. Taches opaques ou rouges des méninges, injection de la pie-mère, ramollissement peu étendu au-dessous du mésolobe, à droite du *septum lucidum*. (Obs. xii de ce mémoire.)

Le nombre total de ces nécropsies est de 19.

3° *Morts subites ou par suite de paralysie.*

Les individus dont nous allons analyser les nécropsies sont morts par des causes bien différentes, pendant la durée d'une colique saturnine.

Dans l'observation xxiii de M. Mérat, il est question d'un potier de terre dont on attribue la mort à sa grande faiblesse.

Le malade de M. Louis est mort subitement sans qu'on ait connu d'une manière certaine la cause d'une fin si promptement arrivée.

Dans les observations iii et v de M. Andral, la terminaison fatale a été précédée de symptômes nerveux graves, de perte de connaissance, d'un état d'asphyxie.

La paralysie des muscles respirateurs paraît avoir joué le rôle principal dans l'observation v de la thèse de M. Tanquerel.

Quant aux malades qui font l'objet des deux premières observations de M. Andral, l'un a succombé par suite d'une rupture de l'aorte, l'autre est mort d'une *hémorrhagie cérébrale*.

Nous allons indiquer succinctement les autres altérations de l'encéphale qui ont été notées dans les observations que nous venons d'indiquer.

Chez le malade de M. Mérat les circonvolutions cérébrales étaient aplaties.

Dans les observ. iii de M. Andral et v de M. Louis, la pie-mère cérébrale était infiltrée d'une petite quantité de sérosité.

M. Tanquerel prétend qu'une grande quantité de sérosité était épanchée dans la cavité de l'arachnoïde, ce qui nous paraît douteux ; il est probable que le liquide était infiltrée entre les mailles de la pie-mère, et que c'est pendant l'autopsie qu'il est tombé dans la cavité séreuse du crâne.

Dans les autres cas, l'encéphale était sain, (excepté pourtant dans l'obs. ii de M. Andral.)

Nota. L'individu dont M. Tanquerel a publié l'observation dans le vingt-huitième numéro du *Journal hebdomadaire* (1836), est mort pendant la durée d'une colique très-intense, compliquée de paralysie des membres supérieurs ; l'encéphale était sain.

II. ALTÉRATIONS DU TUBE DIGESTIF.

1° *Altérations du tube digestif observées dans les individus morts de convulsions ou de délire.*

A. Le tube digestif était sain dans toute son étendue dans un seul cas. (Obs. vii de M. Andral.)

B. Dans les obs. xxv et xxvi de M. Mérat, l'estomac était sain, l'intestin grêle offrait une injection légère, le colon ne présentait rien d'anormal.

C. Dans un autre cas tout le tube digestif était sain, mais on remarquait à sa surface externe plusieurs taches violacées sous-péritonéales. (Obs. xxviii du même auteur.)

D. Une seule fois on a trouvé la muqueuse stomacale épaissie, d'un rouge-brun. L'intestin grêle offrait une couleur rosée, les follicules de Brunner étaient hypertrophiés, quelques plaques de Peyer étaient très-apparentes. (Obs. v de ce mémoire.)

2° *Altérations du tube digestif chez les individus morts d'épilepsie ou du coma.*

E. Quatre fois on a rencontré le tube digestif sain dans toute son étendue. (Obs. xxiv et xxvii de M. Mérat ; obs. vi de M. Andral ; obs. de Laennec.)

F. Chez deux individus l'estomac et le colon n'étaient point malades, l'intestin grêle était un peu rouge et un peu injecté, la membrane muqueuse n'offrait aucune altération, mais les follicules de Brunner, et les plaques de Peyer étaient un peu hypertrophiés. (Obs. viii et x de ce mémoire.)

G. Deux fois l'estomac et l'intestin grêle ont présenté une rougeur légère, le colon étant sain. (Obs. vii et xii de ce mémoire.)

H. La muqueuse stomacale est épaissie, l'intestin grêle injecté, le colon sain. Il existe dans la zone épigastrique quelques traces de péritonite ancienne. (Obs. x de M. De la Pommerais.)

I. Dans l'obs. vi de ce mémoire, des lignes brunâtres indiquent le trajet des vaisseaux de l'estomac, la muqueuse de ce viscère est grisâtre et pointillée de rouge dans quelques endroits ; la muqueuse du colon est grisâtre, mais offre sa consistance ordinaire ; l'intestin grêle est sain, mais on remarque que le sommet d'un grand nombre de villosités est marqué d'un point noir.

J. Le malade de M. Corbin (obs. iii) a présenté les altérations suivantes : la muqueuse de l'estomac est épaissie, grisâtre, non ramollie ; deux ou trois taches rouges existent dans la portion splénique ; trois ecchymoses ont été trouvées dans le duodénum ; tout le reste du tube digestif est sain.

K. Des taches rouges dans l'estomac, une hypertrophie légère des follicules de Brunner, telles sont les altérations rencontrées chez l'individu qui fait le sujet de l'obs. vii de M. Andral.

L. Dans l'obs. iv du même auteur, l'intérieur de l'estomac offrait, dans une petite étendue, une couleur ardoisée ; dans l'intestin grêle quelques valvules conniventes étaient rouges et injectées, les follicules de Peyer et de Brunner sont hypertrophiés ; on a trouvé dans le

colon une zone rouge au niveau de laquelle la muqueuse était un peu ramollie.

M. Dans les obs. IX et XI de ce mémoire, il existait des traces évidentes de gastrite chronique ; dans le premier cas, la muqueuse stomacale est ramollie, des lignes brunâtres marquaient le trajet des vaisseaux, l'intestin grêle est le siége d'une injection légère, sa membrane interne n'est pas ramollie ; la muqueuse du colon offre sa consistance normale ; mais elle est grisâtre et ses follicules sont hypertrophiés. Dans la seconde, le colon paraît sain, ses follicules sont très-apparents ; la membrane interne de l'estomac est ramollie et rouge ; on trouve une zone de même couleur dans le duodénum ; l'intestin grêle offre une rougeur légère, ses follicules sont hypertrophiés.

N. MM. MICKEL (obs. 1, 2, 3) et CAZEAU n'ont point indiqué les altérations du tube digestif.

3° *Morts subites et altérations du tube digestif.*

O. Le tube digestif a été trouvé sain dans toute son étendue dans l'obs. XXIII de M. MÉRAT. Chez le malade de M. LOUIS, l'intestin grêle et le colon ne présentaient aucune altération, mais la muqueuse stomacale était jaunâtre, épaissie, et ses follicules un peu hypertrophiés.

P. Estomac sain, légères herborisations dans quelques parties de l'intestin, colon sain. (Obs. I de M. ANDRAL ; obs. V de la thèse de M. TANQUEREL.)

Q. Herborisations dans le grand cul-de sac de l'estomac, injection veineuse de l'intestin grêle, tube digestif, sain du reste. (Obs. II de M. ANDRAL. Dans l'obs. publiée par M. TANQUEREL, dans le *Journal Hebdomadaire*, il y avait quelques herborisations dans le cœcum et l'intestin grêle.)

R. La membrane interne de l'estomac est ramollie, l'intestin grêle est le siége d'une injection légère ; on trouve quelques plaques rouges dans le cœcum, mais la membrane muqueuse paraît saine. (Obs. III de M. ANDRAL.)

Le nombre total des autopsies dans lesquelles les altérations du tube digestif ont été notées est de 28, en y comprenant l'extrait de l'observation suivante, tiré du compte-rendu de la clinique de M. RULLIER, par M. RUFZ; année 1834, page 52.

S. Le 7 octobre, le nommé Hercley, ex-cent-suisse, entre à la Charité ; il travaille à la manufacture de Courbevoie depuis six mois. Il y a six jours qu'il est tombé malade.

A son entrée, il présente les symptômes suivants : coliques vives, constipation depuis huit jours, pouls à 72. On employa le traitement de la Charité. Le septième jour on le croyait guéri, lorsqu'on annonce qu'il s'est levé pendant la nuit, et a voulu éteindre les lumières qui éclairent la salle ; Hercley s'excuse en disant que la lumière l'empêche de dormir.

La nuit suivante il s'est levé en criant et gesticulant ; il a frappé les infirmiers, et a fini par se jeter par la croisée.

Le lendemain il est dans un état de délire, la face est jaune, la langue humide, le ventre légèrement météorisé ; le pouls à 140. En tombant, il s'est fracturé les os du tarse et du bras. On remarque quelques soubresauts des tendons (Saignée sérum-émulsion, 40 sangsues aux pieds, pot. antispasm.). Mort dans la journée.

Autopsie. Le cerveau, la moelle épinière et leurs enveloppes n'offrent aucune altération notable.

La muqueuse stomacale est saine, mais plus mince dans le grand cul-de-sac de l'estomac.

La membrane interne de l'intestin grêle est pâle et blanchâtre. La muqueuse du gros intestin est grisâtre dans un tiers du colon. Les autres organes étaient sains.

T. Dans quatre cas on a noté des rétrécissements du tube digestif.

Avant de résumer succinctement les altérations cadavériques que nous venons d'énumérer, nous allons dire quelques mots des lésions rencontrées fréquemment dans les organes de la respiration et de la circulation. Nous chercherons en même temps à apprécier les altérations du tube digestif et du cerveau.

Si l'on se rappelle que pendant les attaques d'épilepsie, la circulation pulmonaire est arrêtée ou considérablement gênée, les phénomènes mécaniques ne se faisant plus régulièrement, à cause des convulsions dont les muscles respirateurs sont le siége, on ne sera pas étonné de trouver à l'autopsie des signes d'asphyxie commençante. Aussi voyons-nous que dans les observations VI et XII de ce mémoire, le cœur droit était rempli de sang noir.

Dans l'obs. IX, non-seulement le cœur droit, mais tout le système veineux général, la veine-porte et les ramifications étaient remplis de sang noir et liquide.

Dans les obs. XI et VIII, les saignées générales avaient désempli les grosses veines, mais les congestions viscérales avaient persisté.

Dans la grande majorité des cas, on a trouvé les poumons engoués ; chez un seul individu, les bronches étaient remplies d'un liquide spumeux très-abondant.

L'état de l'appareil circulatoire n'a pas été noté dans les observations VII et X.

Nous sommes convaincu que, dans la plupart des autopsies que nous avons faites, les injections des membranes muqueuses et des viscères abdominaux, l'injection et l'infiltration des méninges a été l'effet de la circulation.

Quelques lésions différentes de celles que nous venons d'indiquer méritent plus d'attention.

Ainsi les cysticerques trouvés dans l'obs. Ve de ce mémoire, ne sont évidemment ni l'effet ni la cause déterminante de la maladie ; on doit les considérer comme une complication qui a pu être une cause prédisposante à la maladie cérébrale dont le malade est mort.

Nous rangerons aussi parmi les complications, les ramollissements de la moelle et du cerveau, signalés dans les obs. VI de M. ANDRAL et XII de ce mémoire.

Nous sommes plus embarrassé pour déterminer la nature de la lésion que nous avons indiquée sous le nom de ramollissement jaune (obs. IX X de ce mémoire) ; est-elle l'effet de la stase du sang ? est-ce une ecchymose du cerveau ? sa couleur me porte à le penser ; mais on pourrait soutenir aussi qu'elle est le résultat d'une encéphalite partielle. Dans les deux suppositions, je regarde cette altération comme simple complication. Les épaississements des membranes muqueuses, leur coloration en jaune, l'hypertrophie des follicules de PEYER et de BRUNNER, sont-ils l'effet d'une phlegmasie chronique ou d'une modification de la nutrition produite par une mauvaise alimentation, c'est ce que nous laissons à d'autres plus instruits le soin de décider. Mais nous devons dire que quelquefois nous avons trouvé chez des ouvriers morts de pneumonie, des altérations semblables, sans que pendant la vie ils eussent offert aucun symptôme de gastro-entérite. Nous ne croyons pas que

ces lésions soient l'effet des préparations saturnines.

Dans l'obs. III de M. ANDRAL, IX et XI de ce mémoire, on a observé des traces évidentes de gastrite chronique.

Chez les malades qui ont présenté des rougeurs ou une injection plus ou moins prononcée, doit-on admettre une complication de gastro-entérite? Nous croyons que dans les cas où il n'existerait pas de ramollissement de la muqueuse, l'injection et la rougeur ne suffisent point pour démontrer l'existence d'une phlegmasie du tube digestif. Ainsi le malade de l'obs. X de ce mémoire, à l'époque de son entrée, avait la colique de plomb depuis quatre semaines; il n'était pas allé à la garde-robe depuis dix jours; la mort est survenue trois jours après son entrée, et à l'autopsie on n'a trouvé qu'une rougeur légère de l'intestin grêle, et une hypertrophie des follicules muqueux. Le colon et l'estomac étaient sains; la muqueuse n'était ramollie dans aucun de ses points.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur les altérations que nous avons observées, et nous renvoyons aux ouvrages des auteurs auxquels nous avons emprunté les observations que nous avons analysées, ceux qui désireraient avoir de plus longs détails sur les altérations pathologiques qui ont été signalées précédemment.

RÉSUMÉ DES NÉCROPSIES DES PERSONNES MORTES DE DÉLIRE, D'ÉPILEPSIE OU DE COMA.

1° *Altérations de la moelle et de ses enveloppes.*

Moelle et méninges rachidiennes saines. (Paragraphes A. D.)	6 fois.
Moelle molle, injection des méninges, liquide de M. Magendie abondant.	2 fois.
Ramollissement de la partie inférieure de la moelle. (Par. E. F.)	1 fois.
Nombres des autopsies.	9

2° *Altérations du cerveau et de ses enveloppes.*

Cerveau et méninges sains. (Par. A. B. H.)	9 fois.
Cerveau hypertrophié, sain du reste. (Paragraphe G.)	6 fois.
Cerveau sain, injection ou infiltration des méninges. (Par. I.)	3 fois.
Cerveau sain, méninges épaissies, injectées, adhérentes. (Par. J.)	1 fois.
Cerveau ramolli dans quelques-unes de ses parties. (Par. K. L. M.)	4 fois.
Cysticerques dans le cerveau et les méninges. (Par. C.)	1 fois.
Nombre total des nécropsies.	24

Nota. Nous n'avons point compris dans ce tableau les altérations de l'encéphale trouvées chez les personnes mortes subitement.

3° *Résumé des altérations du canal digestif trouvées chez les individus morts de délire, d'épilepsie, d'état comateux ou d'une autre maladie pendant la durée d'une colique de plomb.*

Tube digestif sain dans toute son étendue. (Paragraphe A. E. O. S.)	8 fois.
Estomac et colon sains, rougeur ou injection légère de l'intestin grêle, sans ramollissement de la muqueuse, follicules muqueux hypertrophiés dans quelques cas. (Par. B. F. P.)	6 fois.
Estomac malade, trace de gastrite chronique, intestin grêle et colon sains, ou présentant une rougeur légère. (Par. D. H. I. J. K. M.)	7 fois.
Injection ou rougeur légère de l'estomac et de l'intestin grêle; colon sain. (Par. G. Q.)	4 fois.
Tube digestif sain; taches sous-péritonéales violacées. (Par. C.)	1 fois.
Injection, taches rouges, hypertrophie légère des follicules du tube digestif, muqueuse intestinale ramollie dans une petite étendue. (Par. L. R.)	2 fois.
Dans quatre cas les altérations n'ont pas été notées. (Par. N.)	4 fois.
Nombre total des autopsies.	32
Malades morts de délire ou de convulsions.	5
Morts d'épilepsie ou de coma.	19
Morts par d'autres causes.	8

Nous n'ajouterons rien à ce résumé qui parle plus haut que tout ce qu'on pourrait dire; nous ferons seulement remarquer l'opposition qui existe entre les nécropsies de BORDEU et celles de nos contemporains. Nous concluons des faits précédents : 1° que les accidents encéphaliques ne sont pas plus l'effet d'une encéphalite que la colique de plomb n'est le résultat d'une gastro-entérite;

2° Que les lésions annonçant une inflammation sont rares et paraissent avoir été l'effet d'une inflammation chronique antécédente;

3° Que quelques personnes ont mal apprécié les rougeurs, l'injection et le ramollissement des viscères; car loin d'être la cause de la maladie, ces lésions ne sont que des complications ou des effets. Ce qui le prouve c'est que dans un grand nombre de cas elles manquent complétement.

TRAITEMENT.

Nous arrivons à la partie de ce travail qui est la plus importante, puisque la thérapeutique est le but principal de la médecine, et au lieu d'une masse de faits bien observés, attestant l'efficacité du traitement, nous n'avons qu'un petit nombre d'observations dans lesquelles la terminaison a été souvent fâcheuse.

Tout en avouant que les données que nous possédons sont peu certaines, nous ne pouvons nous dispenser de dire quelques mots du traitement des maladies dont nous venons d'étudier l'histoire.

Nous ne parlerons point des crampes, des douleurs dans les membres, et de la céphalalgie : ces symptômes se dissipent pendant le traitement de la colique de plomb, et lorsque les malades sont soustraits à l'influence de la cause de la maladie. Nous examinerons d'abord le traitement employé sur les malades dont nous avons analysé les observations.

1° *Traitement qui a été administré aux malades atteints de délire.*

Dans les observations XXV et XXVI de M. MÉRAT, la mort est survenue si promptement qu'on n'a pu faire aucun traitement.

Le malade de l'obs. II du même auteur a été traité par la méthode de la Charité ; le malade a guéri assez promptement.

Dans les quatre premières observations de ce mémoire, le traitement a été assez varié, dans un seul cas on a appliqué 50 sangsues ; chez les autres malades on a eu recours aux laxatifs, aux purgatifs, aux opiacés et à l'extrait de valériane ; dans les cas graves on a eu recours aux sinapismes appliqués sur les membres inférieurs et aux vésicatoires placés à la nuque, aux bains d'affusion ; les malades ont tous guéri.

Le cinquième malade a été saigné, on a mis un vésicatoire à la nuque, il est mort ; mais nous devons rappeler qu'il avait des cysticerques dans le cerveau.

Le traitement de la Charité modifié par M. Fouquier, une saignée, des sinapismes et des vésicatoires sur les membres inférieurs, tels sont les moyens thérapeutiques employés chez le malade de M. Andral. (Observation VIII.)

2° *Taitement administré dans le cas d'épilepsie et de coma.*

MM. Mickel et Cazeau n'ont point indiqué le traitement auquel leurs malades ont été soumis.

Dans l'obs. III de M. Canuet on a fait deux saignées et deux applications de sangsues ; dans l'observation X, 65 sangsues ont été appliquées sur la tempe, le col ou le ventre ; on a mis deux vésicatoires sur les membres inférieurs ; les deux malades ont guéri.

Nous n'opposerons point à ces deux faits les observations IX du même auteur, et VI de M. Andral, car on a trouvé à l'autopsie des altérations organiques graves ; mais nous citerons l'obs. II de ce mémoire dans laquelle une saignée générale et 40 sangsues derrière les oreilles ont été employés sans succès ; l'obs. VI dans laquelle 40 sangsues et deux ventouses ont été mises derrière les oreilles et n'ont pas été plus efficaces.

La malade de l'obs. VIII a été saignée, et immédiatement après il est survenu une syncope ; le pouls s'est affaibli ; les extrémités se sont refroidies, et l'application de sinapismes sur les membres inférieurs et la région précordiale n'ont pu ni retarder la mort, ni provoquer une réaction.

Qu'on ne nous suppose pas l'intention de vouloir bannir la saignée de la thérapeutique de l'épilepsie, mais nous avons voulu montrer le degré de confiance que doit inspirer ce moyen.

Les autres malades atteints d'épilepsie ont été traités par la méthode de la Charité, par les purgatifs, les opiacés, l'extrait de valériane, les bains d'affusion, les vésicatoires à la nuque et aux cuisses, les potions antispasmodiques, le vin émétique, le sulfate de quinine, l'extrait de quina ; tous sont morts.

Essayons maintenant d'apprécier l'efficacité des diverses médications qui ont été opposées aux maladies saturnines.

TRAITEMET DU DÉLIRE, DES CONVULSIONS ET DE L'ÉPILEPSIE PRODUITS PAR LES PRÉPARATIONS SATURNINES.

Deux indications doivent être remplies : la première est commune aux maladies saturnines encéphaliques. Nous avons vu, en effet, que la colique des peintres persiste pendant la durée du délire, des convulsions et de l'épilepsie. Il convient donc tout d'abord de la combattre par des moyens convenables.

2° On doit aussi s'occuper de l'affection encéphalique elle-même ; mais malheureusement nous serons fort embarrassé pour indiquer une médication dont l'efficacité soit bien démontrée.

1° *Traitement de la colique de plomb.*

Les élèves de M. Broussais conseillent les émollients et les antiphlogistiques. Mais la grande majorité des praticiens préfèrent l'emploi d'une médication évacuante, sudorifique et calmante.

Les éméto-cathartiques, les laxatifs, les purgatifs, les drastiques employés soit à l'intérieur, soit en lavement ; l'opium et ses préparations, les boissons sudorifiques et acides, surtout celles qui ont la propriété de former avec les sel de plomb des précipités insolubles, tels sont les médicaments qui forment la base du traitement de la Charité, de MM. Fouquier et Martin-Solon, etc.

Nous diviserons les coliques de plomb en deux sections : dans la première nous rangerons les coliques dans lesquelles il n'y a ni fièvre ni augmentation de la douleur abdominale par la pression, et ce sont les plus nombreuses, et nous les traiterons par les moyens que nous venons d'indiquer.

Dans les cas exceptionnels dans lesquels il y a complication de fièvre et d'augmentation de la douleur abdominale, nous croyons qu'on doit avoir recours aux émollients, aux saignées générales ou locales, suivant la gravité du cas et la force des malades ; les opiacés et les sudorifiques sont aussi très-utiles.

2° Le traitement sera continué pendant la durée du délire et des attaques d'épilepsie, mais seulemet lorsqu'il y a constipation. Car lorsque les garde-robes sont naturelles ou que la diarrhée est survenue, on doit renoncer à l'emploi des purgatifs ; dans deux cas nous avons vu l'administration des purgatifs être suivie du retour des attaques ou du délire.

Les opiacés nous ont paru alors offrir des avantages très-manifestes ; on peut y joindre l'usage des sudorifiques qui doivent favoriser l'élimination de la substance toxique.

3° Quant à l'extrait de valériane, nous n'osons point affirmer qu'il ait beaucoup d'efficacité, jamais il n'a paru nuisible et peut-être n'a-t-il pas été sans utilité dans quelques cas de délire.

4° *Saignées.* Nous avons vu que les résultats sont : les uns en faveur de ce moyen ; les autres contre lui. Nous croyons qu'il est utile dans certaines circonstances. Nous croyons inutile d'avoir recours à ce moyen dans le délire et les convulsions.

Il est quelquefois dangereux de l'employer pendant les accès d'épilepsie.

Mais lorsque les attaques durent longtemps, qu'elles se renouvellent à des distances peu éloignées, qu'elles sont accompagnées de phénomènes d'asphyxie, de signes de congestion de la face et du cerveau, nous pensons qu'on doit saigner.

Nous ne parlons pas des malades pléthoriques auxquelles on doit toujours faire préalablement une saignée déplétive.

Les sangsues, les ventouses ont une action dérivative et antiphlogistique qui ne doit pas être négligée lors-

qu'on a affaire à des malades trop faibles pour qu'on puisse les saigner.

5° Les sinapismes sur les extrémités inférieures; les vésicatoires appliqués à la nuque ou sur les membres inférieurs sont des moyens qui ne doivent pas être étrangers à la guérison lorsqu'elle a lieu.

6° Les bains d'affusion ont paru exercer une influence favorable dans quelques cas de délire.

LISTE DES OBSERVATIONS QUI NOUS ONT SERVI A RÉDIGER CE MÉMOIRE.

Avant d'indiquer ces observations, il est nécessaire de faire quelques remarques importantes.

Plusieurs auteurs ont publié les mêmes observations dans des ouvrages différents; il en résulte que le nombre total des faits est moindre qu'il ne paraît au premier abord.

Ainsi l'obs. VI de la Clinique de M. ANDRAL (1834) est la même que la IIe de M. CORBIN (1830). Cette même observation avait déjà été publiée en 1829, par M. MARTIN (Thèses de Paris, n° 117, obs. I). L'observation VII de M. ANDRAL correspond à la 1re de M. CORBIN et IIe de M. MARTIN. Enfin l'observation VIII de M. ANDRAL n'est autre que l'obs. IIIe de M. MARTIN.

LE RÉSUMÉ SUR LE DÉLIRE ET LES CONVULSIONS OCCASIONNÉES PAR LE PLOMB A ÉTÉ FAIT D'APRÈS LES OBSERVATIONS SUIVANTES.

1° Les XIe, XXVe, XXVIe et XXVIIIe observations de l'ouvrage de M. MÉRAT sur la colique de plomb (2e édition 1812).

2° La VIIIe observation de la Clinique médicale de M. ANDRAL, tom. II, art. Colique saturnine (1834).

3° Les cinq premières observations de ce mémoire.

LE RÉSUMÉ SUR L'ÉPILEPSIE, LES ATTAQUES ÉPILEPTIFORMES ET LE COMA A ÉTÉ RÉDIGÉ D'APRÈS LES FAITS SUIVANTS :

1° Les observations XXIV et XXVII de M. MÉRAT.

2° Les obs. IV, VI, VIII de la Clinique médicale de M. ANDRAL (*Loc. cit.*).

3° Les obs. III, IX, X de la Thèse de M. CANUET, année 1835, n° 202.

4° L'obs. X de M. CONTI DE LA POMERAIS, Thèses de Paris, 1827, n° 24.

5° L'obs. III du Mémoire de M. CORBIN (GAZETTE MÉD., 1830, p. 288).

6° Les trois observations de M. MICKEL (*Bulletin de thérap.* tom. VI, p. 257).

7° L'obs. de Laënnec (*Revue méd.*, tom. III, page 192).

8° L'obs. de M. CAZEAU (*Bulletin de la Soc. anat.*, n° 4, 1834).

9° Les sept dernières observations de ce mémoire.

OBSERVATIONS D'INDIVIDUS MORTS SUBITEMENT OU PAR UNE CAUSE AUTRE QUE CELLES QUE NOUS VENONS D'INDIQUER.

1° L'obs. XXIII de M. MÉRAT.

2° Les obs. I, II et III de M. ANDRAL.

3° L'obs. Ve du mémoire de M. LOUIS sur les morts subites. (*Recherches d'anat. pathol.*).

4° L'obs. V de M. TANQUEREL-DESPLANCHES; Thèses de Paris, 1834, et l'observation qu'il a publiée dans le 23e numéro du *Journal hebdomadaire* 1836.

N° 8. — 25 FÉVRIER.

Note sur les pneumonies actuellement régnantes, communiquée à la Société de médecine de Paris; par M. le docteur NONAT.

Les pneumonies, qui règnent depuis l'apparition de la grippe, doivent être divisées, suivant moi, en deux catégories. Dans l'une se rangent les pneumonies avec forme adynamique ou maligne; dans l'autre, je réunis les pneumonies qui, modifiées par la cause épidémique, étaient exemptes de phénomènes adynamiques, et se rapprochaient des pneumonies que nous avons coutume d'observer chaque année. Les pneumonies de la seconde catégorie étaient elles-mêmes moins franchement inflammatoires que dans les temps ordinaires; l'engorgement du poumon passait rapidement à l'hépatisation; le râle crépitant était difficile à saisir; le pouls était moins développé, moins plein, moins résistant, qu'il n'a coutume de l'être. Les malades supportaient moins bien la saignée; en un mot, toutes les pneumonies avaient le cachet de l'épidémie régnante. Quoi qu'il en soit, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 17 février, dix-neuf cas de pneumonies, appartenant à la première catégorie, ont été admis dans le service qui m'est confié. Je n'ai reçu au contraire que sept cas de pneumonie qui puissent être rapportés à la deuxième catégorie.

Parmi les dix-neuf malades de la première catégorie, onze ont succombé; deux sont mortes le jour de leur entrée à l'hôpital et n'ont été soumises à aucun traitement; six sont mortes trois ou quatre jours après leur admission; elles ont été traitées par les saignées proportionnées à la force des sujets et combinées avec les révulsifs. L'une d'elles a pris en même temps l'émétique à haute dose, de huit à douze grains par jour.

Une a succombé au bout de cinq jours; elle est arrivée trois jours après l'invasion de la pneumonie. Elle avait été déjà saignée deux fois, sans aucun soulagement. L'état général ne permettait plus de recourir à de nouvelles émissions sanguines. Les révulsifs furent employés pendant deux jours sans résultat, la maladie ne fut nullement entravée dans sa marche.

Deux sont mortes, l'une le lendemain de son entrée, l'autre au bout de deux jours. Dans ces deux cas la pneumonie était arrivée à son dernier degré.

Trois sont entièrement guéries, cinq sont actuellement encore en traitement. Ces huit malades ont subi le traitement suivant :

1° Quatre ont pris tous les jours du vin de Malaga, sans émissions sanguines, sans révulsifs sur le tube digestif; un seul vésicatoire a été appliqué sur le côté malade.

2° Trois ont été traitées par les émissions sanguines, l'émétique à haute dose, et les vésicatoires, sans avoir éprouvé le moindre soulagement. Chez deux nous avons fait répéter une seconde fois la saignée, et en même temps nous leur avons prescrit du vin de Malaga (quatre onces). Chez l'autre, la prostration générale nous empêcha de revenir une deuxième fois à la saignée; et nous employâmes pour toute médication des boissons simples et du vin de Malaga.

3° Enfin la dernière a été saignée une seule fois, et elle a pris aussitôt des boissons simples et du vin de

Malaga ; elle eut en outre un vésicatoire sur le côté affecté.

Parmi les cinq malades qui sont encore en traitement, trois me paraissent hors de danger, deux sont dans un état qui m'inspire de vives inquiétudes.

Je rendrai compte à la Société de ce qui leur adviendra.

Quant aux malades de la deuxième catégorie, au nombre de sept, elles ont toutes été soumises au traitement ordinaire de la pneumonie. Six sont entièrement guéries ; la dernière est en voie de guérison.

Je dois maintenant ajouter que, depuis que j'emploie le vin de Malaga, soit seul, soit combiné avec la saignée, je n'ai perdu que deux malades atteintes de pneumonie avec la forme adynamique, ou maligne. Les autres ont éprouvé une amélioration marquée dès l'instant où elles ont pris le vin de Malaga à doses fractionnées. Jusques-là j'avais échoué dans la plupart des pneumonies de la même espèce. Deux malades avaient survécu à cette forme de la pneumonie ; et toutes deux n'avaient point été saignées à cause de leur grand affaiblissement. Chez toutes deux je n'employai d'autre médication que le vin de Malaga et un vésicatoire volant. Ces deux faits étaient tellement frappants que j'aurais dû appliquer le même traitement aux pneumonies avec forme adynamique.

Mais je n'osai pas d'abord adopter franchement ce mode de traitement. Il fallut qu'une altération toute spéciale vînt se présenter à moi du côté des bronches, pour éveiller mon attention sur ce point, et me décider à renoncer au traitement que j'avais primitivement employé.

Obs. — Le premier cas dans lequel je trouvai l'altération que je vais décrire, m'a été fourni par une malade qui fut prise de pneumonie quelques jours après l'invasion de la grippe. Cette malade avait été admise à l'hôpital pour un cancer de la matrice ; de sorte que la pneumonie s'est développée sous nos yeux. L'épuisement des forces du sujet par de longues souffrances ne nous permettait pas de recourir aux émissions sanguines répétées. D'ailleurs, dès le principe, la maladie prit un caractère de malignité évidente, et dans l'espace de trois jours, elle se termina d'une manière fâcheuse. L'ouverture du cadavre fût faite le 10 février. Nous portâmes notre attention sur l'appareil respiratoire. Voici ce que nous avons trouvé : les lobes moyens et inférieurs du poumon droit étaient hépatisés au deuxième degré, splénisés pour ainsi dire. Déjà même on apercevait quelques points d'hépatisation grise. De ces points on faisait couler un liquide sanieux, purulent. Le poumon gauche était engoué en arrière ; le sommet de chaque poumon et la partie antérieure de celui du côté gauche étaient emphysémateux. Les conduits bronchiques furent examinés avec beaucoup de soin ; la membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère était parsemée de plaques rouges ; la teinte rouge devenait plus intense à mesure qu'on descendait vers les bronches appartenant aux lobes hépatisés ; l'une des bronches qui se rendaient dans le lobe inférieur du poumon droit était obstruée par un cylindre blanchâtre, fibrineux, analogue aux fausses membranes du croup. Ce cylindre envoyait des prolongements dans toutes les petites divisions bronchiques correspondantes ; il adhérait faiblement à la membrane muqueuse. Un cylindre de même aspect, également pseudo-membraneux remplissait l'une des grosses bronches appartenant au lobe moyen du même poumon ; ce cylindre se continuait dans toutes les ramifications bronchiques. Nous pûmes le suivre jusqu'aux dernières divisions des conduits aériens ; il commençait dans les premières bifurcations des bronches, de sorte qu'il fermait toute communication entre la trachée-artère et une grande partie du poumon droit.

Les bronches du lobe supérieur du poumon droit, celles du poumon gauche ne contenaient que de simples mucosités.

La tunique interne des bronches nous offrit également des différences marquées. Dans les divisions bronchiques des lobes hépatisés, elle avait une rougeur très-foncée, brunâtre ; dans celles qui appartenaient aux lobes restés intacts, la rougeur était beaucoup moins prononcée.

Déjà nous avions rencontré quelque chose d'analogue dans les bronches, mais nous n'en avions point aperçu la véritable nature.

Depuis le premier fait que nous venons de rapporter avec quelques détails, quatre faits du même genre se sont présentés à mon observation. Deux m'ont été fournis par des malades qui ont succombé dans mon service. Les deux autres ont été recueillis chez des malades qui sont morts l'un dans le service de M. Honoré, l'autre dans le service de M. Jadioux.

Ce dernier fait diffère cependant des premiers sous certains rapports. Ainsi la pneumonie au lieu d'être seulement au deuxième degré, était parvenue au troisième degré dans presque tous les points. Eh bien, nous trouvâmes quelques bronches remplies de fausses membranes molles, entourées d'une matière purulente, et paraissant infiltrées de la même matière. Tel était l'aspect des cylindres pseudo-membraneux dans les bronches qui s'irradiaient vers les parties du poumon frappées d'hépatisation grise. D'autres bronches ne renfermaient qu'un liquide puriforme, sans fausses membranes. Enfin, dans les points où le poumon était le siége d'une simple hépatisation rouge, les rameaux bronchiques étaient remplis de cylindres pseudo-membraneux, blanchâtres, solides et non infiltrés d'une matière purulente.

Dans tous ces faits, chose digne d'intérêt, les pseudo-membranes se retrouvaient exclusivement dans les bronches des lobes hépatisés, et même plus particulièrement dans les petites divisions bronchiques que dans les grosses bronches. A l'exception du premier cas, elles commençaient vers les quatrième ou cinquième bifurcations des conduits aériens. Dans tous les cas, le larynx, la trachée-artère et les bronches qui appartenaient aux lobes restés sains, ne contenaient point de produits pseudo-membraneux. Nous avons vu aussi que la rougeur était plus prononcée dans les bronches du poumon malade que dans celles du poumon sain. La liaison de la bronchite avec la pneumonie ne saurait être révoquée en doute ; mais laquelle des deux a précédé l'autre. Si nous consultons la marche des symptômes, nous voyons la bronchite se traduire à nous plusieurs jours avant que la pneumonie ait donné les plus légers signes de son apparition.

C'est donc la bronchite qui a ouvert la scène ; l'inflammation du poumon lui succédait. Mais une fois développée la phlegmasie du poumon entretenait et localisait, pour ainsi dire, l'affection de la membrane muqueuse bronchique. D'où les différences que nous présentait cette membrane suivant que nous l'examinions dans l'un et l'autre poumon, que dis-je, dans tel ou tel lobe. Ainsi la production de fausses membranes n'existait jamais que dans les bronches des lobes hépatisés ; cette produc-

tion suivait une marche inverse de celle qu'on observe dans les cas ordinaires. On sait, en effet, que les fausses membranes se développent d'abord dans le larynx et qu'elles gagnent de proche en proche les conduits aériens.

Ici, au contraire, les fausses membranes procédaient des ramuscules bronchiques vers les troncs; de sorte qu'on peut, sans crainte de dépasser les limites de la vérité, soupçonner que les fausses membranes auraient envahi successivement les divisions bronchiques, puis la trachée-artère, en supposant que la vie se fût prolongée davantage.

Je ne sache pas que l'on ait entrevu l'altération des bronches telle que je viens de l'indiquer.

On a sans doute parlé d'individus qui, pendant le cours de la grippe ont expectoré des produits pseudo-membraneux; mais on n'a point fait mention des rapports que j'ai découverts entre la pneumonie et la formation de fausses membranes dans les dernières ramifications bronchiques des lobes hépatisés.

Je dois dire que les fausses membranes ne m'ont point paru distinctes de celles qu'on rencontre chez les individus qui meurent du croup. La plupart des personnes qui ont examiné ces fausses membranes, les ont envisagées de la même manière que moi; de là se déduisent des conséquences du plus haut intérêt.

En effet, quand on rapproche les altérations anatomiques des phénomènes observés pendant la vie, on ne peut rattacher ces altérations à une simple phlegmasie; on est forcé d'admettre l'existence d'un inconnu qui imprime à l'épidémie régnante un caractère particulier, et aux pneumonies qui compliquent la grippe, un cachet spécial. Il ne suffit pas d'attaquer l'inflammation des bronches et du parenchyme pulmonaire; le traitement qui convient ordinairement à la pneumonie devait échouer ici. C'est ce que les faits nous ont largement démontré. Tous les praticiens ont remarqué que les personnes affectées de la grippe simple ou compliquée de pneumonie supportent difficilement les émissions sanguines; et les partisans les plus ardents de la saignée n'ont pu employer cette méthode avec la même confiance que dans les temps ordinaires. Il devenait indispensable de modifier le traitement de la pneumonie; aussi ayant vu succomber la plupart des malades atteints de pneumonie accompagnée de phénomènes typhoïdes, convaincu d'ailleurs, d'après l'ensemble des symptômes et des altérations anatomiques, que la pneumonie était d'une nature spéciale depuis l'invasion de la grippe; persuadé que nous avions affaire à la pneumonie maligne des anciens, je résolus de modifier le traitement de la manière suivante :

1° Chez les individus jeunes, doués d'une bonne constitution, 1° pratiquer une ou deux saignées, suivant la force des sujets; 2° donner en même temps quatre onces de vin de Malaga par jour; 3° appliquer un vésicatoire volant sur la partie malade; 4° continuer l'emploi du vin de Malaga à la même dose jusqu'à ce que le poumon soit en pleine résolution.

2° Chez les individus d'un âge avancé, ou d'une faible constitution, s'abstenir des émissions sanguines, et employer le plus tôt possible le vin de Malaga, les boissons simples, et dans quelques cas les vésicatoires volants.

3° Quand la pneumonie se présente avec ses caractères accoutumés, recourir au traitement ordinaire, avec quelques modifications.

Dans ce dernier cas les saignées peu copieuses, les vésicatoires, le tartre stibié à haute dose m'ont parfaitement réussi.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, je crois avoir démontré :

1° Que les pneumonies se compliquent depuis l'épidémie actuelle, de la production de pseudo-membranes dans les bronches;

2° Que ces pneumonies doivent être divisées en deux catégories : les unes sont excessivement graves, prennent la forme maligne, et réclament l'emploi des stimulants, soit seuls, soit combinés avec les émissions sanguines et les révulsifs cutanés; les autres diffèrent peu des pneumonies ordinaires, elles sont beaucoup moins graves que celles de la première catégorie, et elles cèdent au traitement habituel de la pneumonie. Tel est le résumé des faits sur lesquels j'ai voulu appeler l'attention de la société.

Emploi de la salicine dans les fièvres intermittentes; par Michel Lévy, docteur en médecine, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Calvi.

C'est dans l'hôpital militaire de Calvi que j'ai fait usage pour la première fois de la salicine pour combattre la fièvre intermittente.

Les fièvres intermittentes sont endémiques dans l'île de Corse; elles désolent particulièrement les garnisons du littoral, soit que les vicissitudes atmosphériques y soient plus fréquentes et plus tranchées, soit qu'il en faille chercher la cause dans la proximité de marais plus ou moins étendus. Calvi est situé sur un rocher granitique, élevé de 40 à 50 mètres au-dessus du niveau de la mer; le plateau très-circonscrit et inégal de ce rocher est balayé continuellement en hiver par des vents nord et nord-ouest; en été, c'est le sud-ouest qui domine. Les pluies sont assez abondantes pendant les mois de novembre et décembre; durant les mois d'hiver, la température est très-variable, et marquée par des alternatives de froid et de chaleur; les chaleurs de l'été sont progressives jusqu'au mois d'août; depuis cette époque jusqu'au 20 septembre environ, elles restent stationnaires, pour décroître ensuite d'une manière assez rapide; la réverbération solaire, augmentée par la nudité du rocher et le sable blanchâtre de la plage, ajoute aux effets nuisibles d'une température élevée; aussi les fièvres périodiques qui se développent à cette époque de l'année, s'accompagnent-elles d'éréthisme vasculaire, de congestions sanguines vers l'encéphale, etc. C'est au mois de juillet, quelquefois dès le mois de juin, que les fièvres commencent à revêtir la forme pernicieuse; l'appareil symptomatique qui leur a valu le nom de *pernicieuses*, s'aggrave sous l'influence des chaleurs, dont le degré d'intensité est en rapport direct avec la fréquence le danger de ces affections. A un quart de lieue environ de Calvi, dans la direction sud-est, et à quelques pas seulement de la mer, il existe un marais dont la superficie carrée peut être évaluée à 600 mètres. Quand le vent de terre prédomine (ce qui est rare), il n'est pas douteux que les effluves miasmatiques ne soient chassés sur Calvi et ne contribuent au développement des fièvres intermittentes, si même elles n'en sont alors la cause unique; la ville-basse, composée de deux rangées de maisons bâ-

ties au pied du rocher qui les abrite, en doit même subir incessamment l'action délétère; mais il n'en est point ainsi de la citadelle, que son élévation et le mouvement presque continuel de l'atmosphère préservent en grande partie de ces émanations.

Sur 30 fièvres intermittentes des types tierce et quotidien, traitées par cette substance, 20 ont guéri, 10 n'ont cédé qu'à l'administration subséquente du sulfate de quinine.

Des essais antérieurs aux expériences que nous relatons ici, nous avaient démontré, du moins pour Calvi, l'inefficacité de la salicine à petite dose; aussi, dans les 30 cas sus-mentionnés, nous avons débuté par des doses de 10, 16 et 20 grains; chez quelques malades, nous les avons portées graduellement à 40 et 50 grains par jour. La plupart des guérisons ont eu lieu après la deuxième et troisième dose, quelques-unes après la première.

Parmi les 10 fièvres réfractaires à la salicine, 3 ont présenté des symptômes pernicieux; dans l'une, chaque accès déterminait tous les accidents d'un asthme suffocant; dans l'autre, on observait au retour de l'accès, les signes ordinaires de la méningite, tels que délire, agitation, mouvements convulsifs des membres, etc. L'on conçoit qu'en pareille situation nous n'avons pas dû insister longtemps sur l'usage de la salicine; elle a été complétement impuissante contre ces trois cas, quoique prescrite à la dose de 25 à 45 grains par jour. Dans les 7 autres fièvres intermittentes, nous en avons prolongé l'administration sans plus de succès, et 12 à 16 grains de sulfate de quinine ont été nécessaires pour arrêter les accès. Relativement aux doses élevées de salicine que nous avons prescrites, il est utile de remarquer que dans les fièvres intermittentes de Calvi, le sulfate de quinine n'avait lui-même d'action prompte et décisive, que lorsqu'il était donné en quantité plus considérable qu'on n'a coutume de le faire: même observation a été faite en Afrique et surtout à Bone, où les officiers de santé militaires ont administré ce médicament à des doses qu'on pourrait appeler énormes, si elles n'avaient été nécessitées par l'effrayante intensité des affections intermittentes contre lesquelles ils ont eu à lutter.

Nous avons donné la salicine en potion (4 onces d'eau gommeuse, 1 once de sirop ordinaire); nos malades prenaient cette potion par cuiller dès que se déclarait l'apyrexie; on laissait une heure d'intervalle entre la dernière dose et le moment présumé de l'invasion du nouvel accès. Pour mieux s'assurer des effets de la salicine et les constater dans leur pureté, on s'abstenait, autant que faire se pouvait, de leur prescrire toute autre substance médicamenteuse.

Les conclusions suivantes résument ce que nous a fourni l'observation sur l'efficacité et le mode d'action de la salicine:

1° La salicine possède des propriétés fébrifuges;

2° Elle guérit deux fois sur trois les fièvres intermittentes sans caractères graves;

3° Plus les accès sont éloignés et courts, plus son action est sûre;

4° Lorsque la troisième dose de la salicine n'a pas fait cesser les accès; il convient de renoncer à son emploi;

5° On ne doit jamais y recourir dans les cas de pernicieuse;

6° Elle est préférable au sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes qui s'accompagnent d'irritation des premières voies: jamais nous ne l'avons vu être rejetée ni déterminer la diarrhée; dans des cas d'irritation manifeste du tube digestif, elle a été parfaitement supportée.

(*Archives médicales de Strasbourg.*)

LA PRESSE MÉDICALE,

ANCIEN JOURNAL HEBDOMADAIRE.

FÉVRIER 1837.

De quelques faits intéressants observés dans le service de M. Rostan pendant les années 1834 *et* 1835. *Maladie de la protubérance cérébrale;* par A. Duplay, ex-chef de clinique de la Faculté.

OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de cinquante-cinq ans, entre à l'hôpital Cochin le 28 janvier 1828. Cet homme, adonné très-fortement aux liqueurs alcooliques, d'une petite taille, mais fortement constitué, et présentant un développement considérable du système musculaire, tombe subitement au milieu de la rue Saint-Jacques, d'où il est apporté par des étrangers à l'hôpital Cochin. Le matin, d'après les renseignements qui furent pris auprès de ses parents, il n'avait fait aucun excès; il avait déjeuné comme à l'ordinaire; mais deux jours avant il avait été dans un état complet d'ivresse. C'est en allant à son travail qu'il fut frappé subitement. Lors de sa chute, le malade fut pris de mouvements convulsifs très-violents, qui cessèrent une demi-heure environ après l'entrée du malade à l'hôpital. C'est alors seulement que je pus l'examiner; il présentait les phénomènes suivants : décubitus dorsal; face violacée; veines cervicales gonflées et saillantes; résolution complète des quatre membres; soulevés, ils retombent comme des corps inertes. Sensibilité obtuse, mais non pas complétement anéantie. Lorsque l'on pince fortement la peau, on détermine non pas des mouvements de déplacement des membres, mais des contractions musculaires visibles. Les yeux sont dans la rotation en haut; les pupilles sont immobiles. L'ouïe paraît complétement obtuse, car, en appelant fortement le malade, on n'aperçoit aucun changement dans l'expression du visage. La langue est immobile dans la bouche; on ne peut l'apercevoir qu'en abaissant la mâchoire inférieure; elle ne présente rien de remarquable quant à sa coloration. Les matières fécales et les urines s'échappent involontairement; la respiration est stertoreuse; les parois de la poitrine sont presque complétement immobiles; la sensibilité est également très-obtuse sur la paroi du thorax et sur l'abdomen. Le pouls est dur, fort et fréquent. (Saignée du bras de quatre palettes; sinapismes; eau de vie au avec tartre stibié, deux grains; application de compresses froides sur le front.)

La respiration s'embarrasse de plus en plus; l'immobilité des membres est de plus en plus complète; la sensibilité s'éteint complétement, et le malade meurt dix heures après l'invasion des accidents.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Rien de particulier à l'extérieur du corps; intégrité parfaite des organes digestifs.

Les poumons de chaque côté sont crépitants vers leur partie supérieure : vers leur base, ils sont fortement colorés en rouge, beaucoup moins crépitants qu'à la partie supérieure; ils laissent échapper en grande quantité un liquide séro-sanguinolent rougeâtre, mais ils surnagent quand on vient à précipiter dans l'eau ces parties engouées.

Le cerveau, examiné attentivement, nous a présenté une intégrité parfaite des membranes; la dure-mère était saine, mais les sinus, surtout le sinus longitudinal supérieur, étaient fortement gorgés de sang noir. L'arachnoïde était saine; on remarquait seulement vers la partie postérieure du lobe droit des adhérences anciennes et solides entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral de cette membrane. Là aussi elle offrait une teinte opaline, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. Les vaisseaux de la pie-mère étaient aussi fortement gorgés de sang, et cette injection portait surtout sur le système veineux; elle présentait aussi çà et là une infiltration séreuse assez considérable. La substance corticale était plus foncée que dans l'état normal; et, comparée avec le même tissu d'un cerveau sain qui venait d'être enlevé sur un autre sujet, elle était manifestement violacée. Du reste, elle ne présentait en aucun point le moindre épanchement sanguin. La substance blanche était pointillée de rouge; mais, malgré nos recherches, il nous fut impossible de découvrir le moindre foyer apoplectique. Le septum médian, les ventricules, les couches optiques et les corps striés à part, un peu d'injection, incapable d'expliquer les accidents, ne présentaient aucune lésion digne d'attirer l'attention.

La *protubérance cérébrale* avait une teinte moins blanche que dans l'état normal; elle était d'un blanc tirant sur le bleu; elle paraissait aussi un peu plus volumineuse que dans l'état sain, et présentait de la fluctuation lorsqu'on appuyait le doigt sur elle. Un coup de scalpel la divisa d'un seul trait, ainsi que la partie supérieure de la moelle. Alors on put voir son tissu en grande partie détruit par un foyer hémorrhagique récent. La substance blanche de la protubérance était réduite à une sorte de coque ayant deux lignes d'épaisseur. Le sang était fluide en grande partie; on voyait cependant de petits caillots et des portions de substance cérébrale nager au milieu du liquide.

La moelle ne présentait aucune espèce d'altération; seulement on remarquait une injection veineuse considérable dans les membranes qui lui servent d'enveloppe.

Cette observation, importante en ce que la maladie de la protubérance est exempte de toute complication, présente plusieurs phénomènes qui ont été signalés par les observateurs comme appartenant à l'hémorrhagie du mésocéphale. Nous retrouvons, en effet, une gêne excessive de la respiration. Or, M. Serres, dans les observations qu'il rapporte, signale la paralysie des muscles respiratoires comme un phénomène constant. M. Cruveilhier signale aussi cette gêne excessive de la respiration comme le caractère le plus pathognomonique des apoplexies de la protubérance. Mais M. Bell, dans sa Thèse, que nous nous plaisons à citer, pense, d'après l'analyse d'un assez grand nombre de faits de ce genre, que ce phénomène n'a pas toute l'importance qu'on a essayé de lui donner. Le plus souvent la gêne de la respiration a été assez peu forte pour avoir à peine fixé l'attention des observateurs; et d'ailleurs, comme il l'observe fort judicieusement, l'épanchement de sang un peu considérable dans toute autre partie de l'encéphale donne lieu au même symptôme.

Le malade a présenté aussi des mouvements convulsifs, et l'on sait que ce phénomène a été regardé aussi comme un des symptômes les plus clairs d'une apoplexie de la protubérance. Les mouvements ont été bien constatés, non pas par moi, car ils venaient de cesser quand je suis arrivé auprès du malade, et ne se renouvelaient plus que très-faiblement quand on cherchait, en le pinçant, à constater l'état de la sensibilité, mais par les personnes qui l'admirent et par les sœurs qui le placèrent dans son lit. Du reste, ces convulsions sont loin d'être constantes, et, sur quatorze observations d'apoplexie de la protubérance dans lesquelles les détails donnés sont suffisants pour faire penser que les malades ont été bien observés, on a noté cinq fois la présence des mouvements convulsifs, et encore M. Bell a-t-il quelques doutes sur l'exactitude de l'un de ces faits, puisque le malade n'a point été observé, et que c'est seulement d'après le témoignage des assistants que la raideur convulsive a été signalée.

Quant à la sensibilité cutanée, elle ne paraît pas avoir été entièrement abolie chez notre malade, car, en pinçant les membres, on déterminait de petits mouvements convulsifs; ce fait viendrait à l'appui de l'opinion de M. Ollivier, qui pense que les paralysies résultant d'un épanchement dans la protubérance cérébrale sont toujours bornées au mouvement. Du reste, un assez grand nombre de faits viennent contredire cette manière de voir, car souvent, dans des cas de ce genre, on a observé une paralysie qui portait à la fois sur le sentiment et sur le mouvement.

Ligature de l'artère carotide primitive (1) *pour un cas d'hémorrhagie traumatique;* par M. le docteur Bédor, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Troyes.

Piqûre légère, au devant de l'aisselle droite, par un coup de poinçon.—Plaies par le même instrument sous l'oreille gauche.—Hémorrhagies traumatiques arrêtées momentanément par la compression. —Phénomènes comateux très-graves.—Reproduction de plus en plus violente des hémorrhagies.—Elles ne cèdent que passagèrement aux hémostatiques ordinaires.—État d'anémie extrême. —Ligature du tronc carotidien.—Incident.—Réussite complète et cessation immédiate et définitive des hémorrhagies traumatiques rebelles.—Abcès et divers accidents consécutifs à l'opération de l'inflammation phlegmoneuse de la plaie de tête et de celle de l'autre piqûre. — Rétablissement graduel du malade, et sortie de l'Hôtel-Dieu, en bon état, le quarante-cinquième jour de l'opération.

François-Pierre, dit Cadet Burat, âgé de vingt ans, est né à Troyes, dans une partie de cette ville, à bon droit appelée *quartier bas*, et y exerce l'état de tisserand. Sa taille est moyenne; il est assez bien musclé, quoique ses formes soient notablement molles et arrondies. Son langage dénote un esprit inculte et enclin aux propos enjoués; cependant son courage est calme, inébranlable et fermement résigné. Il est adonné au vin et aux femmes; les excès qu'il commet en ce genre, bien que souvent répétés, ne l'empêchent pas d'être habituellement très-valide et de n'avoir eu aucune maladie vénérienne. Ce jeune homme fut blessé, dans la nuit du 7 au 8 avril 1835, par deux coups d'un poinçon fixé au manche d'un couteau de poche. La forme de ce corps vulnérant était quadrilatère, aplatie comme celle d'une lame de fleuret; sa pointe, quoiqu'un peu émoussée, n'en pénétra pas moins.

Le premier de ces coups de poinçon, pénétrant par devant, après avoir transpercé les vêtements (une blouse de forte toile neuve, une veste en drap doublé, un gilet également doublé et la chemise), vêtements qui purent sans doute en amortir la force, le piqua peu profondément sur le bord inférieur du muscle grand pectoral droit près de l'aisselle. La petite plaie qui en résulta était, peu d'heures après, le siége d'un léger suintement puriforme. Celui-ci, presque aussi promptement desséché, y avait bientôt formé une croûte lenticulaire légèrement adhérente. Quant à l'autre coup du même poinçon il était infiniment plus grave. Il avait atteint le blessé au moment où, se sentant piqué, il se retourna pour s'enfuir. La plaie était sous le repli inférieur de la conque de l'oreille gauche, au-devant de l'apophyse mastoïdienne. Le poinçon avait pénétré,

---

(1) Ce fait n'est pas seulement important comme beau résultat de pratique chirurgicale, il intéresse encore les physiologistes, qui seront bien aises de connaître les phénomènes qui se sont produits du côté du cerveau après la ligature d'un tronc artériel aussi important. Ces considérations nous feront pardonner les détails nombreux que contient cette observation. Dans l'intérêt du fait lui-même, l'auteur a fait le sacrifice des réflexions qui le précédaient et le suivaient.

A. V.

en labourant les chairs, au niveau des surfaces osseuses, depuis la limite antérieure de la région qu'indique l'éminence que je viens de nommer, jusqu'à celles qu'occupent la glande parotide et le muscle masséter du même côté. Le fer de l'instrument paraissait être entré en entier; sa longueur, prise depuis la charnière qui le joignait au manche jusqu'à sa pointe, était d'environ trois pouces.

Le sang ayant soudain jailli de cette plaie avec une grande abondance, le médecin le plus voisin avait été aussitôt appelé. Ses premiers moyens, pour arrêter le sang, furent des moyens compressifs, réitérés, qui ne purent que modérer l'hémorrhagie. Le blessé fut apporté, le matin, à l'Hôtel-Dieu, et placé dans mon service civil, au n° 47 de la grande salle des hommes.

Voici ce que j'observai de plus notable à mon premier examen : tous les linges dont sa tête était enveloppée, ainsi que les cheveux, étaient complétement imbibés de sang rouge et liquide; il s'écoulait goutte à goutte au travers de cet appareil. L'ayant enlevé pièce à pièce, et ayant mis ainsi la plaie à découvert, le sang, qui ne s'échappait d'abord qu'en bavant, jaillit bientôt par un jet saccadé vers la commissure inférieure de cette plaie. La direction en était verticale, sa longueur d'un demi-pouce; l'écartement de ses lèvres peu considérable, et sa profondeur, que je n'explorai du reste qu'avec beaucoup de précaution, pour ne pas trop risquer d'ajouter aux causes d'hémorrhagie, me parut, comme je l'ai rapporté en parlant de sa comparaison avec le poinçon vulnérant, devoir être de trois bons pouces. J'établis de suite une compression seulement extérieure sur cette plaie, sans vouloir encore employer aucun tamponnement intérieur. Cette compression fut exercée avec des boulettes de charpie brute imbibées d'eau froide acéteuse, puis soutenues par des compresses graduées un peu épaisses, et un assez bon nombre de jets de bandes dont je serrai fortement les tours. J'eus d'abord lieu de croire que cet appareil pouvait suffire pour me rendre maître du sang. Il se passa, en effet, plusieurs jours sans qu'il recommençât à couler. Cependant, dès le même soir, un fort engorgement emphysémateux s'était manifesté sur toute la face, et plus particulièrement à sa moitié gauche. L'intumescence des paupières, qui se montrait surtout considérable, retenait l'œil de ce côté fortement clos. Celui du côté droit pouvait encore, quoique avec peine, s'entr'ouvrir tant soit peu. Une teinte rouge et luisante animait le visage. La peau était très-chaude, la soif ardente, et la tête, qui était déjà douloureuse et pesante à l'arrivée du malade, se montrait de plus en plus embarrassé. Une assez forte saignée du bras, des pédiluves sinapisés répétés, une abstinence complète d'aliments et la limonade citrique fraîche pour boisson, n'avaient été suivis, le lendemain, d'aucun signe de rémission. La respiration, au contraire, devenait lourde et stertoreuse; le pouls continuait à être vif, élevé, tendu. Les reponses de Burat, toujours très-brèves, rares et à peine articulées, devenaient de plus en plus difficiles à obtenir. La plaie de la saignée fut rouverte, et les mêmes moyens continués, sans rémission marquée dans les graves symptômes de céphalite traumatique développés chez ce jeune homme. Il se déclara, au contraire, un état soporeux très-prononcé qui augmenta encore les jours suivants. La somnolence était continuelle et profonde dès qu'on ne lui parlait pas. Elle cédait toutefois encore, de temps en temps, quand on lui adressait des questions prononcées à très-haute voix et contre son oreille; mais il ne répondait toujours que par monosyllabes, et se rendormait de suite. La plaie ayant été découverte par le décollement des pièces de l'appareil, elle ne donna pas de sang; la compression paraissant inutile, elle fut pansée mollement.

Après en avoir délibéré en consultation avec mes collègues de l'Hôtel-Dieu, ils diagnostiquèrent comme moi un épanchement ou tout au moins, une forte congestion dans le crâne. Il nous parut indispensable de continuer d'opposer les émissions sanguines à ce grave accident, et de les obtenir surtout de la base du crâne et des environs de la plaie. Une première application d'une dizaine de sangsues fut faite au-dessous et au pourtour de cette plaie. Les piqûres saignèrent abondamment, mais l'état de somnolence du blessé n'en fut encore que trop faiblement allégé. De nouvelles sangsues posées seulement par couple, mais continuellement remplacées en nombre égal aussitôt que le saignement qu'elles avaient excité s'arrêtait, furent ensuite appliquées, sans y mettre d'interruption, au-dessous de l'éminence mastoïde gauche.

Je continuai à faire entretenir ces saignées capillaires de la base du crâne pendant deux jours et une nuit, la nature du pouls non plus qu'aucun autre phénomène pathologique observé dans l'état général de l'économie ne nous ayant d'ailleurs paru, à mes collègues non plus qu'à moi, en contr'indiquer la continuation. L'état comateux céda enfin d'une manière franche. Les signes de compression cérébrale à peine disparus, nous vîmes tout à coup apparaître une nouvelle série d'accidents consécutifs. Il survint des hémorrhagies dont la violence n'était d'abord que difficilement maîtrisée, et pour trop peu de temps, quelque moyen qui fût employé. Elles avaient recommencé à se faire jour, surtout vers la commissure inférieure de la plaie sous-auriculaire, aussitôt la disparition complète des formidables accidents cérébraux contre lesquels il avait fallu employer, comme on l'a vu, des évacuations sanguines assez abondantes pour que le blessé en fût déjà notablement affaibli.

Une sorte de cul-de-sac ou d'écartement en infundibulum se faisait remarquer béant sous les chairs dilacérées, assez près de leur perforation extérieure beaucoup plus étroite. Ce cul-de-sac nous ayant paru devoir être ouvert pour découvrir les points où je pourrais atteindre les vaisseaux artériels divisés, afin de les lier, de les tordre ou même seulement de les comprimer plus efficacement, je dilatai superficiellement et avec réserve une partie de sa paroi extérieure sur la sonde cannelée. Les points d'où s'élançait le sang, rendus ainsi accessibles pour le pincement des vaisseaux qui donnaient, nous pûmes en saisir superficiellement et froisser quelques-uns, mais non pas les attirer assez pour les lier, ou les isoler pour les tordre. Toutefois, il y eut alors une suspension complète de l'hémorrhagie; mais cette suspension, dont la durée ne dépassa pas la fin du jour, fut tout ce que nous en obtînmes. Une ligature en masse que je fis ensuite avec l'aiguille obtint aussi une apparence de réussite. Celle-ci se prolongea même davantage que la précédente, mais fut encore suivie d'une récidive nouvelle de l'hémorrhagie. Des applications d'un cautère chauffé à blanc ne produisirent, comme les autres moyens hémostatiques, qu'une suspension temporaire de l'écoulement du sang. A chaque récidive, la compression aidait les autres moyens. En mon

absence, l'aide-chirurgien adjoint fit une compression soutenue par le nœud d'emballeur. Cette dure compression, plus douloureuse, ne fut pas plus longtemps efficace. L'hémorrhagie fut suspendue environ trois jours; mais, dès les premières heures de l'emploi de cet appareil si durement compressif, se déclarèrent tous les phénomènes d'une violente phlogose, propagée dans les parties voisines. Dès lors, nouvelle clôture des paupières avec tuméfaction emphysémateuse. Elle se montre surtout considérable à gauche. Gonflement et teinte rosacée luisante de toute la face, mais notamment de ce même côté. Enfin, bientôt après, symptômes inflammatoires plus violents et signes manifestes de la suppuration des tissus sous-jacents et formation d'une abondante collection purulente dans l'épaisseur de la joue gauche. La marche rapide de cet abcès, qui devenait de plus en plus saillant, et avait très-promptement aminci la peau, exigea une petite ouverture pratiquée verticalement au devant de la région massétérienne gauche. Le pus qui s'en échappa entraîna un lambeau de tissu cellulaire mortifié. Pansée mollement peu d'heures après, cette ouverture livrait une seconde voie aux hémorrhagies qui, jusqu'alors, ne s'étaient encore fait jour que par la plaie primitive.

Quoi qu'il en soit, l'artère, ou mieux les artères ouvertes d'où jaillissaient à l'improviste les hémorrhagies qui nous semblaient quelquefois les plus puissamment maîtrisées, nous parurent, en définitive, devoir être reconnues réellement trop profondes pour que la compression, complète ou non, en pût être rendue assez durable. Nous avions déjà vu, en effet, avec une inquiétude croissante le blessé continuer à s'affaiblir et se décolorer chaque jour de en plus plus. Les qualités normales de la composition du sang qu'il perdait se montraient en outre déjà notablement altérées, et nous remarquions que ce fluide, à chacune des dernières hémorrhagies, sortait toujours plus pâle et plus aqueux.

D'aussi graves symptômes dominaient tellement à nos yeux tous les autres phénomènes pathologiques développés chez Cadet Burat, qu'à peine un vaste abcès, qui se manifestait lentement au devant de l'aisselle droite, sous la petite plaie due au premier coup de poinçon dont j'ai parlé, obtenait-il passagèrement une faible part de notre attention. Elle était captivée tout entière par les hémorrahgies traumatiques. Seize jours entiers s'étaient cependant écoulés depuis celui où il avait reçu ses blessures, et le malade était déjà réduit à un état d'anémie assez alarmant, lorsqu'au milieu de la dix-septième journée, il survint une nouvelle hémorrhagie plus abondante que toutes les autres. Celle-ci ne nous parut céder que momentanément au renouvellement hâtif d'un double appareil de compression et une syncope. Nous dûmes alors renoncer tout à fait à la compression et employer un moyen plus direct; c'était urgent.

Mes collègues, réunis en hâte auprès du blessé, en délibérèrent encore avec moi. Mon ami, M. le docteur Collot, était absent, mais il avait précédemment manifesté son opinion sur la nécessité où je me verrais sans doute de recourir à la ligature. A l'unanimité, il fut résolu qu'il fallait procéder sur-le-champ à la ligature de la carotide primitive.

Un bistouri ordinaire à tranchant convexe, une sonde cannelée un peu fléchie sur sa cannelure, un stylet à l'extrémité bifurquée en porte-nœud, un ténaculum brisé de Charrière, monté de son extrémité perforée dont le chas portait un fil ciré simple, une pince à torsion, des aiguilles, des fils cirés, des boulettes de charpie fine et deux petites éponges très-souples, enfin de l'eau tiède, un réchaud, des bandelettes agglutinatives, un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie fine, des compresses de choix et une large bande roulée, voilà de quoi se composait mon appareil.

Cadet Burat, me promettant bien de se montrer patient et docile, se coucha sur une table couverte de matelas. Sa poitrine fut légèrement élevée; sa tête maintenue au même niveau, de manière à tendre modérément le cou, et son visage un peu tourné à droite. Comme l'embonpoint du cou du sujet en rendait les saillies musculaires comme nulles et imperceptibles à la vue, j'avais tracé rapidement avec un crayon tendre sur la peau du milieu du cou, d'abord un trait vertical ponctué marquant la ligne médiane, puis, au côté gauche, une seconde ligne oblique en trait continu, me représentant la direction du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien de ce côté, vers son quart inférieur.

Ayant d'abord formé, en pinçant les téguments du cou, un pli dirigé transversalement à cette seconde ligne, puis confié l'extrémité droite de ce pli à un aide, j'incisai ces téguments et les graisses sous-cutanées correspondantes dans toute leur épaisseur, en suivant mon trait de crayon. Cette incision, à laquelle je donnai trois pouces d'étendue, ne se prolongeait vers le haut que jusqu'au niveau du cartilage cricoïde, mais elle descendait se terminer très-près du sternum. Elle avait mis le muscle peaucier à nu; je le divisai à son tour, en suivant la même direction, ainsi que l'aponévrose cervicale.

Deux très-petites artérioles lancèrent chacune un mince filet de sang; mais il ne fut besoin que d'en froisser les extrémités pour arrêter le sang. J'avais ainsi découvert les faisceaux fibreux internes du muscle sterno-mastoïdien, au bord duquel mon tranchant était arrivé bien juste à leur point d'union avec ceux des muscles sterno hyoïdien et sterno-thyroïdien. Les ayant alors écartés les uns des autres, je maintins un peu tiré en dehors le premier muscle, tandis qu'un aide refoulait les autres vers la ligne médiane. Un mouvement dans le sens de la flexion, imprimé à la tête du malade, en mettant les parties molles du cou dans le relâchement, rendait l'écartement des bords de la plaie facile.

Je divisai, en suivant toujours la même direction, d'abord la couche de tissu cellulaire qui unit entre eux les muscles dont j'ai parlé, ensuite le prolongement inférieur de l'espèce de fascia profond dont les lames enveloppent le muscle omoplat-hyoïdien. Celui-ci étant mis à découvert par l'écartement des précédents, et nous apparaissant parfaitement distinct par sa direction presque transversale à celle de la gaîne cellulo-aponévrotique qui renferme avec l'artère carotide primitive la veine jugulaire interne et le nerf pneumo-gastrique, je redoublai de précaution en continuant à le dénuder. Je m'y appliquai surtout en le faisant vers le bas de mon incision, c'est-à-dire dans le triangle inférieur de cette région, là où j'avais résolu de lier l'artère, plutôt que dans le supérieur.

Mon but, en éloignant ainsi autant que je pouvais rationnellement le point qui recevrait la ligature de ce-

lui des ouvertures artérielles d'où naissaient les hémorrhagies, était surtout de m'exposer moins à y trouver les tissus artériels par trop voisins d'un foyer phlegmoneux. Au lieu d'employer, d'après l'exemple de sir Asley Cooper, le manche d'un scalpel à écarter l'artère des tissus environnants, j'employai le bec de ma sonde cannelée.

Mon opéré se montrant doué d'une patience exemplaire, j'en profitai pour m'appliquer sans aucune précipitation à éviter plusieurs écueils ou inconvénients opposés, comme serait celui d'isoler par trop complétement l'artère, et, en la dégarnissant de tout son tissu cellulaire, de la laisser trop faible pour ne pas se couper sous le fil, ou celui, au contraire, si je ne l'isolais pas suffisamment de sa gaîne, de laisser s'engager dans l'anse de ce même fil quelqu'un des cordons nerveux environnants; ou, enfin, celui de manquer au précepte de ne l'isoler que dans une bien petite étendue, quelque facilité que pût m'offrir le procédé contraire tenu pour dangereux. L'idée de ce dernier inconvénient était même la pensée qui poursuivait le plus mon esprit, par le souvenir trop présent d'une certaine assertion qu'émit, il y a quelques années, M. Richerand devant l'Académie de médecine. Je me rappelai, en effet, que ce professeur y attribua par-dessus tout la réussite de sa ligature de l'artère iliaque externe à ce qu'il n'avait dénudé ce vaisseau que dans l'espace rigoureusement nécessaire pour passer le fil destiné à le lier. J'ai eu lieu, toutefois, de reconnaître que cette condition, rigoureusement observée, n'est pas absolument inséparable de la réussite dans les ligatures d'artères même importantes.

Il s'agissait désormais, pour terminer l'opération, d'écarter et séparer doucement l'artère de la veine, en ayant l'attention de respecter l'adhérence du nerf vague avec celle-ci, et d'introduire ensuite entre ces deux vaisseaux le ténaculum brisé porteur du fil ciré, tandis que l'artère serait un peu soulevée par le bec recourbé de la sonde, faisant ici l'office d'un ténaculum ordinaire. Une syncope a lieu à ce temps de l'opération, mais elle ne fut pas complète, car le malade put entendre le plus jeune des assistants s'écrier : Ah! il s'en va! La vive projection de quelques gouttes d'eau fraîche lancées contre son visage arrêta les progrès de cet état syncopal. Le malade se ranima de suite assez bien pour supporter, sans nouvelle défaillance, l'achèvement de cette chanceuse opération qui ne tarda pas; car je m'affranchis soudain de l'excès de précaution que j'ai rappelé tout à l'heure, ayant eu hâte, je l'avoue, d'abréger ici, avec la durée de l'opération, l'angoisse de mon pauvre opéré. Je parvins alors promptement, et je n'ai pas eu lieu depuis d'en concevoir le moindre regret, à rendre parfaitement libre et tout à fait facile à franchir, le passage ouvert au fil ciré avec l'instrument à brisure qui le portait, sous la carotide isolée de toute partie environnante.

Cette ligature étant passée dans un point très-voisin de la commissure inférieure de la plaie, j'en rassemblai les deux chefs dans une seule main, et les ayant soulevés légèrement, puis fait soulever tour à tour aux principaux assistants, je m'assurai bien, tant par moi-même que par un semblable examen de la part des confrères présents, en portant un doigt sur l'artère, au fond de l'anse du fil, qu'elle y était véritablement, et qu'elle s'y trouvait bien isolée. Après avoir, dans cet examen concluant, supprimé par la pression, et laissé se reproduire à plusieurs reprises par le relâchement, les pulsations de ce vaisseau, le nœud fait et serré les arrêta complétement au-dessus de la ligature, tandis qu'elles se conservèrent bien distinctes et même énergiques au dessous. Les bouts de cette ligature, qui avoisinaient la commissure inférieure de la plaie, furent rassemblés dans un pli de linge, et ramenés sans distension sur son côté externe; ils y furent fixés par un morceau de sparadrap. D'autres bandelettes agglutinatives, appliquées sur les bords lavés, essuyés et rapprochés de la plaie, les maintinrent, autant que possible, affrontés. Un linge fenêtré, légèrement enduit de cérat, de la charpie fine, des compresses très-mollettes en bon nombre, des jets de bande, alternativement dirigés en circulaires autour du cou et en huit de chiffre, passant sous l'une et l'autre aisselle, complétèrent le pansement.

Mon malade, qui avait perdu peu de sang, mais n'était d'ailleurs plus capable d'en perdre impunément davantage, avait en ce moment toute sa connaissance. Il exprima beaucoup de contentement de ce que l'opération était finie.

A peine le malade fut-il dans son lit, qu'un extrême abattement général, un état très-prononcé de stupeur, succédèrent à l'espèce d'exaltation mentale qui semblait, jusqu'à ce moment avoir soutenu ses forces.

Deux heures après (à cinq heures et demie du soir) : pâleur encore accrue et comme cadavéreuse; pouls à peine perceptible; expression faciale d'hébétude; redites des mêmes mots d'une entière insignifiance et mal articulés. Sept heures du soir : esprit moins complétement absent. Il reconnaît les personnes que j'autorise à l'approcher; il les nomme même, quoique d'une voix très-affaiblie. La promesse d'une visite de sa mère ranime ses traits. Le pouls est un peu relevé; nul saignement ne se manifeste. Potion légèrement éthérée, avec extrait de ratanhia un scrupule, et quelques gouttes d'eau de Rabel; tisane de riz gommeuse; bouillon coupé d'eau; quelques gouttes de temps en temps. Huit heures et demie du soir : même état entre onze heures et minuit : le calme continue. Sensation de froid au pied, cependant la peau est chaude au toucher.

Lendemain, 25 avril, le matin : la nuit a été tranquille; la coloration du teint est un peu ranimée, ainsi que celle des lèvres; le gonflement de la joue gauche déjà assez diminué pour que l'œil soit r'ouvert. La plaie dont cette joue est le siége donne passage à des flocons de tissu cellulaire sphacélé. Ces flocons, libres et réunis, forment une masse grosse comme une noix. Pus médiocrement épais, d'une teinte sanguinolente. Un semblable produit de la suppuration du tissu cellulaire graisseux et de celle de la glande parotide gauche, ayant aussi une teinte sanguinolente prononcée, se répand derrière le cou.

Respiration petite, un peu sifflante, mais égale et sans dyspnée; pouls superficiel, tendu et médiocrement fréquent; langue souple et pâle; altération; facultés de l'entendement à peu près libres en ce moment, prostration complète des muscles locomoteurs; déglutition lente et un peu gênée; voix cassée, presque aphonique; moiteur générale. (Mêmes prescriptions et régime qu'hier.)

Je me borne encore à couper et enlever les jets sous-mentonniers de la bande qui assujettissait l'appareil de la tête. Un linge fenêtré enduit de cérat est fixé par une étroite bandelette de sparadrap sur la plaie de la joue.

Celle-ci fournit un écoulement lent mais continuel de pus. Un suintement séro-sanguinolent imprégne à peine l'appareil de la plaie du cou. Midi : pouls faible et modérément accéléré ; trismus presque complet, qui ne permet aux mâchoires de s'écarter que très-faiblement et avec grande peine ; continuation du ruissellement de pus par l'ouverture de la joue. il y a eu deux émissions assez abondantes d'urines rouges et bourbeuses. L'altération est diminuée, mais les paupières gauches, qui se montrent de nouveau engorgées, ne sont plus qu'à demi ouvertes ; la tête redevient très-lourde ; les idées se troublent par moments ; il se manifeste de la somnolence, et la parole est plus lentement articulée. Le malade exprime cependant l'envie de manger un peu de pomme cuite. Trois heures après midi : disparition à peu près complète des graves dérangements observés le matin. Il se plaint à moi de ce que sa mère tarde trop à lui donner la pomme cuite accordée. Interrogé sur l'état dans lequel il se trouve, le malade me répond en s'efforçant, plus que je ne l'eusse voulu, de surmonter l'extinction de sa voix : « Ça va bien et ça ira bien. » La plaie du cou commence à exsuder une sérosité sanguinolente assez abondante pour que l'appareil qui la recouvre s'en montre imbibé. Neuf heures et demie du soir : sommeil calme, mouvements de la respiration doux et réguliers. Le 26, à huit heures du matin : sommeil un peu interrompu, mais dont chaque retour était d'au moins une heure. L'ordre de ses idées se trouble passagèrement ; mais, à petits intervalles, ce trouble se dissipe. Dix heures du matin : levée totale de l'appareil de la tête ; extraction lente de toutes les pelottes de charpie, introduites l'une sur l'autre dans le tamponnement de la plaie, lors des dernières hémorrhagies traumatiques. L'orifice de la plaie, qui reste béant après l'extraction des derniers tampons de charpie imprégnés de sanie brune et fétide, ne laisse plus écouler qu'un pus épais d'une teinte faiblement rosacée. Du pus entièrement pareil sort de l'ouverture de la joue, avec laquelle il est visible que l'autre plaie correspond.

Le conduit auditif de ce côté livre aussi passage à des flots de pus. Un petit bourgeon charnu, du volume d'un pois, se montre sur la paroi inférieure de son entrée, qu'il obstrue en grande partie. Les linges extérieurs de l'appareil de la plaie cervicale sont aussi renouvelés. On change même de chemise au malade, qui l'a désiré, tout en évitant le plus possible de lui imprimer aucune secousse. Malgré ces précautions, au moment où on vient de le redresser lentement sur son séant, il est saisi d'une défaillance. Replacé sur ses oreillers, il s'en remet promptement. Il porte machinalement les mains à ses appareils, comme pour les enlever, mais sans y mettre de force, et l'on n'a aucune peine à l'empêcher de les déranger. Face pâle et bouffie ; les yeux sont d'un aspect terne, mais ils sont aujourd'hui également ouverts des deux côtés.

Une heure : calme. Du sang liquide et pur mouille le conduit auditif ; il se répand dans les replis de la conque de l'oreille, et coule au dehors. En l'abstergeant avec soin, on le reconnaît fourni seulement par le petit bourgeon charnu fongueux situé à l'entrée de ce conduit. Pouls élevé ; un peu d'accélération. Six heures : redoublement fébrile très-prononcé. Le conduit auditif a cessé de couler. Répugnance invincible à continuer de prendre sa potion avec extrait de rathania et eau de Rabel. Point de selles encore, mais de fréquentes émissions d'urine. Dix heures : pouls plus faible ; alternatives de sommeil passager, mais calme, et de réveils accompagnés d'égarement d'esprit. Alors, surcroît excessif de la pâleur ; sueur faciale à grosses gouttes ; anxiété. On voit ensuite l'ordre de ses idées se rétablir un peu. Il boit sans difficulté. Il a pris avec plaisir, il y a une heure, quelques cuillerées de bouillon.

Le 27, matin : nuit assez tranquille. Le pansement est entièrement renouvelé. Un pus phlegmoneux pur, épais, et en médiocre quantité, s'écoule par la plaie de la joue. La moindre pression exercée sur ses environs excite vivement la sensibilité. Plaie sous-auriculaire montrant une tendance prononcée à la réunion ; mèche enduite de cérat placée dans son ouverture. La plaie cervicale, dont les bandelettes se décollent souvent, présente un écartement d'un demi-pouce ; son fonds a un aspect livide ; la coupe très-nette de ses bords est seulement un peu décolorée. Le pansement les ramène dans le sens de la réunion, et les maintient rapprochés au moyen de nouvelles bandelettes.

L'ancienne petite plaie ponctuée de devant l'aisselle droit est devenue le siége évident du centre d'appel d'un travail phlegmoneux, à marche lente, mais s'étendant profondément dans cette région. Le bras est maintenu écarté du tronc, et ses moindres mouvements sont difficiles et douloureux. A l'issue du pansement, je cède aux supplications du malade, et il lui est accordé un léger potage. Après s'en être avidement repus sous mes yeux, il manifeste toutes ses espérances. Trois heures : le mieux semble se soutenir malgré un léger mouvement fébrile. Nouvel écoulement sanguinolent par l'oreille gauche. Les battements de la temporale sont redevenus perceptibles à gauche, quoique plus faiblement qu'à droite. Dix heures : mauvais aspect facial. Une sueur onctueuse mouille la peau. La respiration est pénible, la poitrine embarrassée ; elle fait entendre un râle bronchique humide. Le malade a cependant un peu sommeillé sans agitation ; mais la fièvre a ensuite été forte. Le pouls, qui conserve un mouvement de fièvre, est moins soutenu. Le malade est très-affaissé.

Le 28, à peu près même état ; le pansement a été renouvelé. Le 29, matin : nuit fatigante et pénible ; pâleur faciale encore aussi prononcée, mais énergie et force musculaire bien plus marquées. Il reste bien assis sur son lit sans que personne le soutienne. Il demande un bouillon, qui est accordé. Il supporte ensuite le pansement sans défaillance, ainsi que le changement de sa chemise. A cinq heures : mouvement très-prononcé d'agitation fébrile. A dix heures : sommeil paisible.

Le 30, matin : l'état général se montre plus satisfaisant ; la suppuration est également abondante par le conduit auditif et par les deux plaies de la tête. A celle du cou, les chairs ont une teinte plus animée ; la suppuration s'y établit lentement, et le peu de pus qu'elle rend se montre sali par quelques légers flocons de membranules brunâtres. Quatre heures : il repose parfois ; mais en se réveillant, ses facultés intellectuelles manifestent un peu de désordre. Il sollicite toujours pour obtenir des aliments solides. Il n'a cependant pris que deux soupes très-légères ; après leur ingestion, mouvement prononcé de fièvre. Douleur cuisante survenue à l'œil gauche, dont les paupières sont baignées d'un fluide muciforme épais et abondant.

Le pansement est réitéré le soir, eu égard à un surcroît abondant de la suppuration par les trois plaies.

Elle paraît néanmoins cesser de se faire jour aussi par le conduit auditif. Dix heures : mouvement fébrile plus fort que celui de l'après-midi. Le 1er mai, matin : la nuit a été calme, et il n'est pas mal ; le conduit auditif redonne passage au pus. Il coule aussi abondamment par les trois plaies : celle du cou continue à s'animer et à prendre un meilleur aspect. Deux heures : la voix, qui était redevenue plus sonore, quoique toujours bien cassée, se remontre aphonique ; elle ne l'est que par moments, surtout à son réveil. Des mouvements d'impatience, qui lui étaient naturels en santé, et auxquels il se remontre sujet, lui font seuls passagèrement recouvrer un peu de voix. Neuf heures et demie : ainsi que vers onze heures, il dort profondément et d'un sommeil calme. Le 2, matin : la nuit a été excellente ; le pouls est bon. La ligature, imbibée de pus, semblerait déjà détachée ; mais, après un glissement d'environ deux lignes, on sent qu'elle résiste encore. Deux heures : il éprouve de la somnolence, mais n'est cependant pas autrement plus malade. Facile à réveiller, dès qu'on le fait sortir de son assoupissement, il exprime l'envie de manger. Dix heures : même état de somnolence. Le 3, matin : la nuit a encore été fort bonne ; la somnolence est diminuée. La suppuration continue à se montrer abondante par les quatre voies qui lui sont ouvertes, en comptant le conduit auditif. Quatre heures : tous les mouvements sont plus libres pour se redresser, en exceptant ceux du bras droit. Celui-ci devient de plus en plus difficile à mouvoir ; il est frappé d'engourdissement. Les réponses du malade sont plus brèves, plus rapidement articulées. Ses facultés intellectuelles se remontrent de nouveau troublées ; sa bouche tourne, pour peu qu'il meuve ses lèvres, en se portant vers le côté droit. Il y a un peu de fièvre. Le 4 au matin (1) : même état des plaies.

La tension et l'engorgement, avec engourdissement de l'épaule et du bras droits, se sont considérablement accrus. Ils ont augmenté, surtout dans le pourtour de la piqûre cicatrisée du premier coup de poinçon, au devant de l'aisselle droite. Le soir : suppuration aussi abondante au renouvellement du pansement. Le 25 au matin : même état. Nul changement de couleur à la peau, et plutôt gêne que douleur aux environs de l'aisselle engorgée. Le soir : continuation de l'abondance du pus étanché au pansement. Le 6 au matin : il se manifeste à la joue gauche un redoublement de la sensibilité au moindre contact, et l'œil correspondant se montre plus rouge et enflammé. Les plaies ont le meilleur aspect. Le soir, il y a peu de suppuration. Je supprime le second pansement quotidien. Le 7 au matin : après une nuit tranquille, il éprouve un sentiment d'émotion pénible ; malgré cela, le soir, il est fort bien, et mange même des pommes de terre. Le 8 au matin : chute de la ligature ; elle a cédé pendant le pansement à une très-légère traction. L'état général paraît bon. L'engorgement de l'aisselle se montre presque stationnaire.

Les 9, 10 (2), 11, 12 et 13, mon collègue et ami, le docteur Collot, qui m'a obligeamment suppléé dans mon service de l'Hôtel-Dieu, n'a rien constaté, chez ce blessé, qui fût important à noter, sauf un peu de diarrhée. Le 14 au matin : agitation fébrile. La joue gauche est le siége d'un travail inflammatoire aussi actif que celui de l'aisselle se montre encore lent. La diarrhée paraît s'arrêter. L'appétit, précédemment si vif, est devenu entièrement nul. Le malade, très-préoccupé d'inductions numératives sur les jours écoulés depuis l'opération, répète souvent qu'il est dans son vingt-et-unième. Le soir : redoublement de la diarrhée, qui semblait disposée à s'arrêter. Trouble général de l'économie, excité par un demi-lavement opiacé et amidonné qui, mal administré à ce malade, d'un caractère enclin aux emportements, lui a occasionné un fâcheux transport de colère. Le 15 au matin : la nuit a été mauvaise, et l'état de faiblesse est accru. Un érysipèle simple apparaît sur la joue droite. La gauche présente un phlegmon abcédé, dont le foyer forme un cul-de-sac d'où la pression, devenue plus supportable, fait sortir, par la plaie malaire, deux cuillerées de pus épais.

Les cataplasmes qui avaient été employés sont remplacés par le pansement à sec, après l'introduction d'un mince bourdonnet de charpie. Le soir, il n'y a pas eu d'évacuation par le ventre, ni colique depuis le matin. Le 16 au matin : la diarrhée l'a fatigué de nouveau. Le soir, les selles ont été moins fréquentes. Le 17 au matin : desquamation de l'érysipèle facial ; accélération modérée du pouls. La diarrhée est peu abondante.

Le 18 au matin : il y a eu dans la nuit quatre selles liquides et bilieuses, mais plus mêlées de matières stercorales que les jours précédents. Le soir, l'état général se montre satisfaisant. Le 19 au matin : plaintes accompagnées de signes d'impatience, de ce qu'il reconnaît ne pouvoir essayer de manger comme il le voudrait sans voir s'accroître son dévoiement. Le soir, la journée a été bonne. Le 20 au matin : la nuit s'est bien passée et il n'a eu aucune selle. Le soir, deux selles dans la journée. Le 21 : il avait désiré et obtenu de manger un peu la veille au soir. Dans la nuit, les selles diarrhéiques se sont de nouveau multipliées. Le gonflement, qui continue à distendre les environs de l'aisselle droite, devient plus douloureux. Le 22 : la tuméfaction, propagée au-dessus et au-dessous du muscle grand pectoral droit, s'augmente et s'accompagne d'une rénittence de plus en plus prononcée. Le 23 : la collection purulente de la joue se tarit manifestement, et la pression en devient moins douloureuse. Le 24 : la diarrhée, quoique modérée, persiste encore. Deux selles semi-liquides et brunâtres seulement le matin. La cicatrisation de la plaie du col marche activement. Le 25 : même état. Le 26 : la tension et l'amincissement de la peau sur la tumeur voisine de l'épaule droite ont fait de nouveaux progrès. Le malade se montre assez peu disposé à laisser ouvrir ce vaste abcès. Un morceau de potasse caustique est appliqué à la partie déclive de

(1) A cette date du dixième jour de mon opération, j'informai l'Académie royale de médecine, dont j'ai l'honneur d'être correspondant, que la ligature de la carotide primitive comptait un succès de plus.

(2) Le 10 mai 1835, à quatre heures du soir, un affreux chagrin de famille, une mort bien douloureusement prématurée, brisa mon cœur de père. Elle me rendit toute autre pensée impossible dans les deux jours qui la précédèrent et les trois qui l'ont suivie.

On voudra bien, sans doute, me pardonner, et la courte mention que j'en laisse échapper ici, et la funèbre lacune de ces douloureux jours dans les travaux auxquels ma vie appartient tout entière.

la tumeur, sous le bord externe du muscle grand pectoral. Le 27 : aussitôt la perforation de l'escarre, il sort un jet d'une pus lié, verdâtre, et d'un extrême abondance. L'écoulement s'en continue pendant toute la journée. Le bras droit a recouvré ses mouvements. Le malade a mangé un œuf avec grand plaisir. Le 28 : l'abcès ouvert hier continue à fournir une grande quantité de pus. L'état général du malade, à cela près de son extrême pâleur et de son amaigrissement marqué, se soutient assez bien. Il se rétablit même, quoique lentement. Le 20 et le 30 : l'amélioration générale de son état a fait des progrès plus rapides. La cicatrisation de toutes ses plaies est complète. Le 9 juin, il sort parfaitement guéri de l'Hôtel-Dieu.

Je le revois pendant quelque temps encore chez lui, où il ne se sent pas d'aise d'être rentré, et son rétablissement achève alors rapidement de se consolider. Des écoulements salivaires se renouvellent par fois, se faisant jour dans le conduit auditif, mais seulement pendant l'acte un peu véhément de la mastication. Pendant le rire, on voit la bouche se tourner vers le côté droit. Ce jeune garçon a, du reste, repris, malgré de bons avis qui tendent à l'en détourner, les écarts habituels de régime et les excès auxquels j'ai déjà dit qu'il était fort enclin.

Il n'en est pas moins redevenu gras, frais, robuste et parfaitement bien portant, quoiqu'il s'y abandonne trop souvent, depuis son entier rétablissement, avec tout aussi peu de réserve qu'il le faisait avant sa blessure et les chances périlleuses qu'elle l'a réduit à subir.

Recherches sur les différentes sortes d'hydrocèles et sur leur traitement ; par M. Velpeau, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

L'hydrocèle est une maladie commune, qu'on observe dans les deux sexes et à tout âge, dans tous les pays et à toutes les époques de l'année.

Les auteurs classiques en admettent deux genres, l'hydrocèle par infiltration et l'hydrocèle par épanchement.

Chez l'homme, l'hydrocèle par infiltration comprend deux variétés, une pour l'épaisseur du scrotum, l'autre pour le cordon. La première, ou l'hydrocèle par infiltration des bourses, n'est autre chose que l'œdème du scrotum. Comme affection locale, elle envahit tantôt la totalité, tantôt une partie seulement des bourses ; on l'observe souvent chez les vieillards et chez les sujets qui ont habituellement les bourses pendantes. Les nouveau-nés, les jeunes garçons, y sont aussi fort exposés, à cause des froissements qu'éprouve le scrotum pendant l'accouchement et dans les premiers temps de la vie. La présence d'une sonde dans l'urètre, un catarrhe de vessie, les maladies de la prostrate, du périnée, de l'hypogastre, du bassin, en sont encore quelquefois la cause. Il en est de même de toute pression exercée sur la verge, le trajet inguinal, les varices des bourses.

C'est par le sommet ou la région la plus déclive du scrotum que l'infiltration débute ordinairement, et c'est là qu'elle s'observe presque toujours quand elle est partielle. Dans ce dernier cas, l'œdème du scrotum se présente, en général, sous la forme d'une masse, d'une tumeur lourde, molla se, fongueuse, mal circonscrite, pendante au-dessous des testicules, conservant plus ou moins longtemps l'impression du doigt. Plus elle est large, plus elle remonte du côté de l'abdomen, plus les testicules se trouvent refoulés vers le canal inguinal. Rien n'est plus facile à reconnaître qu'une hydrocèle par infiltration des bourses. Son pronostic n'a rien de grave non plus quand elle est absolument locale. Le traitement en est on ne peut plus simple : quelques bains généraux ou locaux et un bon suspensoir la dissipent souvent, et en préservent beaucoup de sujets. Le temps, la position horizontale, des compresses imbibées de solutions astringentes, d'eau de Saturne, d'eau-de-vie camphrée, d'eau salée, etc., en triomphent presque toujours dans l'espace de quelques jours. Les mouchetures avec la lancette, ou les deux grandes incisions latérales que pratiquaient les anciens, deviennent rarement nécessaires dans l'hydrocèle purement locale. Dans les autres cas, au contraire, elles peuvent être indispensables ; mais alors c'est uniquement à cause de la maladie éloignée qui l'entretient. De toute façon, l'hydrocèle par infiltration du scrotum n'est qu'un épiphénomène trop peu important en lui-même pour nous arrêter davantage. Il n'en sera pas de même de l'hydrocèle par épanchement. Des recherches nouvelles m'engagent à traiter en détail de celles-ci.

L'hydrocèle par épanchement a son siége dans la tunique vaginale ou dans l'épaisseur du cordon.

Celle de la *tunique vaginale* est incomparablement la plus commune de toutes. Elle consiste en une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité qui entoure naturellement le testicule. Il en existe de plusieurs espèces.

Hydrocèle aiguë. J'entends par hydrocèle aiguë celle qui se développe dans l'espace de quelques jours, et qui est accompagnée de symptômes inflammatoires dans le scrotum. Quoique fréquente, on l'a généralement passée sous silence. Toutes les violences extérieures exercées sur les bourses peuvent la produire. J'en ai vu deux exemples après un taxis prolongé. L'opération de la hernie l'avait produite chez trois autres malades. La seule présence d'une hernie étranglée en est quelquefois la cause. Il en est de même d'une phlegmasie quelconque dans l'épaisseur du scrotum ; mais ce n'en est pas moins aux maladies des testicules qu'elle se rattache le plus souvent. Je l'ai rencontrée à la suite de toutes les espèces d'orchites.

L'hydrocèle aiguë, dans les cas d'orchite blennorrhagique, étant la plus fréquente, va nous servir de type. Plusieurs chirurgiens en avaient fait mention, sans avoir l'air d'y attacher beaucoup d'importance, et ce ne serait point une nouveauté pour la plupart d'entre eux d'entendre dire que l'hydrocèle est souvent causée par l'orchite.

Mais personne n'avait soutenu, je crois, avant M. Rochoux, qu'à part la portion ordinairement très-petite de la tumeur qui appartient à l'épididyme, le reste est formé par un épanchement péritesticulaire provenant lui-même de l'inflammation de la tunique vaginale, dans le gonflement qui caractérise la maladie connue sous le nom d'orchite blennorrhagique. Sans vouloir discuter à fond aujourd'hui la valeur des assertions de M. Rochoux, je vais cependant indiquer jusqu'à quel point elles m'ont paru vraies en ce qui concerne l'hydrocèle. Depuis quatre ans j'ai cherché sur cent sujets

affectés d'orchite aiguë, soit à la Pitié, soit dans cet hôpital (la Charité), soit en ville, à préciser l'état matériel ou anatomique de la tumeur. Il en est résulté pour moi la conviction que, dans l'orchite urétrale ou blennorrhagique, le gonflement porte presque exclusivement sur l'épididyme ou le canal déférent d'abord; qu'ensuite il gagne les tuniques du scrotum ou le testicule, et que de la sérosité dans la tunique vaginale concourt également à la produire dans un grand nombre de cas. Je puis donc ajouter, d'après ces faits, comme je le disais déjà dans une leçon de concours en 1834, qu'une hydrocèle plus ou moins considérable accompagne environ la moitié des orchites aiguës.

En affirmant que dans cette maladie l'hyrocèle est à peu près tout, et l'engorgement des tissus presque rien, M. Rochoux s'est très-certainement trompé. L'épididyme et le testicule forment bien, en général, le tiers ou la moitié, et quelquefois même les deux tiers de la tumeur; les tuniques épaissies du scrotum y entrent ensuite pour une partie, sans compter qu'assez souvent il n'existe pas, ou qu'une très-faible quantité, de sérosité autour du testicule. Quand l'hydrocèle existe réellement, elle constitue parfois, quoique rarement, jusqu'à la moitié ou les deux tiers de la masse; ordinairement c'est depuis un sixième jusqu'à un quart de la tumeur qu'elle forme. Souvent elle se réduit à une couche épaisse d'une ligne ou deux de liquide autour de la glande séminale.

Ce qui a trompé, et ce qui trompera encore sur ce point ceux qui partagent les opinions de M. Rochoux, c'est que, dans l'orchite aiguë le testicule et l'épididyme offrent un volume et une consistance proportionnelles tout autres que dans l'état normal. Comme boursouflé, raréfié par la maladie, d'un tissu naturellement mollasse ou spongieux, renfermé dans une coque fibreuse épaisse, le premier de ces organes, alors comme encadré sur le devant du second, donne si facilement l'idée d'une collection de liquide, qu'il est presque impossible de ne pas s'y laisser prendre quelquefois. L'épanouissement, la dureté insolite de l'épididyme, qui représente là un œuf un peu aplati sur sa face antérieure, fait que le testicule se montre sous l'aspect d'une bosselure fluctuante qu'on prend pour la tunique vaginale distendue par un liquide. Etant tombé moi-même dans cette erreur, l'ayant vue commettre par de très-habiles praticiens, j'ai dû songer aux moyens de l'éviter. Voici le résultat de mes recherches. Quand il y a hydrocèle un peu abondante, on peut le plus souvent en constater la transparence, comme dans l'hydrocèle chronique, jusqu'au troisième, quatrième, cinquième, et même jusqu'au huitième jour. Si la couche de liquide est peu épaisse, la transparence manque assez souvent; non que la matière épanchée soit trouble, colorée en rouge, ou chargée de flocons albumineux, puisqu'elle est simplement rosée, mais parce que le testicule qui en est entouré comme d'une lame mince empêche la lumière de passer. Si, le testicule étant saisi par sa racine et en dessous, entre deux doigts, on appuie les pouces sur les deux extrémités de sa face antérieure, il arrivera de deux choses l'une: 1° la pression un peu brusque donnera la sensation d'une lame qui s'enfonce d'abord dans une cavité, puis qui est bientôt arrêtée par une surface plus ferme et régulière; l'autre doigt sentira en même temps une ondulation qui vient le contourner ou le soulever. Alors la tunique vaginale contient un liquide, surtout si les mêmes phénomènes sont produits pour une pression perpendiculaire sur le devant de la tumeur, et si la fluctuation se prolonge sur les côtés de l'épididyme. 2° Les mêmes pressions constatent l'épaississement, l'empâtement des enveloppes scrotales, puis rencontrent plus profondément une résistance moindre. Ici les doigts donnent l'idée d'un kyste, d'une fluctuation sourde, semblable à celle des dépôts sanguins; mais cette fluctuation ne comprend qu'une bosselure, que la moitié antérieure de la tumeur, sans s'épanouir sur les côtés de l'épididyme. En pressant un peu plus fort, on cause une douleur qui énerve, comme dans toute violence exercée sur le testicule. Dans ce cas, la tunique vaginale ne contient pas, ou que très-peu de liquide, et c'est la substance du testicule lui-même qui, en se déplaçant, en impose pour de la fluctuation!

Ainsi, quand il y a hydrocèle, on sent que la paroi externe du kyste n'est arrêtée par le testicule qu'après avoir traversé, en le déprimant, une espèce de vide, de cavité, de milieu manifestement moins résistant que les autres. On reconnaît aussi que cette sensation existe sur les côtés comme sur le devant de la tumeur, parce que la tunique vaginale enveloppe l'épididyme jusqu'à sa racine tout aussi bien que le testicule. Une grande quantité de liquide annule parfois le premier de ces deux caractères, mais alors le doute n'est guère possible. D'anciennes adhérences pourraient mettre obstacle à la manifestation du second, mais elles rendraient l'autre plus évident. S'ils manquent tous les deux, on peut dire qu'il n'y a point d'hydrocèle: en dehors de ces signes et de la transparence tout est illusoire. Je ne m'en suis pas tenu, du reste, à ce genre d'examen. Pour convaincre les plus incrédules, j'ai fait une ponction avec la lancette dans la tumeur, en présence des personnes qui croyaient avoir constaté l'existence du liquide dans la tunique vaginale. J'ai vu faire la même chose par mon collègue, M. Guerbois; et tout le monde a pu se convaincre qu'il n'y avait rien, ou qu'une très-petite quantité de sérosité, là où chacun s'attendait à en trouver beaucoup. Il me paraît donc évident que M. Moreau, qui s'en est tenu à l'exploration simple, s'est laissé tromper de cette façon. J'ajouterai que les faits d'anatomie pathologique invoqués par M. Rochoux prouvent plutôt contre que pour lui. On ne voit dans aucun, en effet, que la tumeur fût ni *exclusivement* ni même *principalement* formée par un épanchement de liquide dans la tunique vaginale. C'est donc pour moi une question jugée: le *testicule vénérien* est bien réellement une *orchite, quelquefois accompagnée d'épanchement*, mais non, comme le veut M. Rochoux, une *vaginalite* quelquefois accompagnée d'orchite.

Ce genre d'hydrocèle se montre tantôt vers le début, tantôt vers le déclin de l'orchite; mais c'est le plus souvent à partir du troisième ou du quatrième jour qu'on peut en constater l'existence. Le pronostic n'en est pas grave. Elle se dissipe presque toujours en même temps que la maladie du testicule, et assez souvent on la voit disparaître avant l'engorgement de l'épididyme; quelquefois cependant elle persiste et peut se transformer en hydrocèle chronique.

Ne constituant qu'un épiphénomène dans l'orchite, elle ne réclame aucun traitement particulier. Lorsqu'elle se maintient et augmente après la résolution complète ou incomplète de l'engorgement testiculaire, il convient au contraire de s'en occuper. C'est à elle qu'on peut appliquer les traitements topiques qui ont

été vantés de temps à autre dans le but d'éviter l'opération de l'hydrocèle en général. J'en ai vu disparaître sous l'influence de simples compresses imbibées d'eau de Saturne, de frictions avec l'onguent mercuriel, la pommade d'hydriodate de potasse, d'iodure de plomb. Peut-être faut-il attribuer au temps, du reste, la guérison obtenue en pareille circonstance. Une solution de quatre gros de sel ammoniac par demi-livre d'eau ou de vin rouge, employée en fomentations, réussit mieux. La solution étendue d'iode jouit aussi d'une certaine efficacité dans les mêmes conditions; mais le vésicatoire volant est, de tous les topiques essayés par moi jusqu'à présent, celui qui procure incomparablement le plus de résultats heureux. Je ne l'essaie point à la manière de Dupuytren; au lieu de lui donner les dimensions d'une pièce de cinq francs, et d'en promener successivement plusieurs sur la tumeur, je le prends assez large pour envelopper la totalité du scrotum distendu. Quand il est sec, je prescris un bain entier avant d'en réappliquer un autre, et ainsi de suite pendant un mois. Si la guérison n'est pas opérée au bout de ce temps, il est inutile de persister. En somme, tous ces traitements sont plus longs, moins sûrs et plus ennuyeux que l'injection dont il sera question plus loin. On ferait mieux de ne point y avoir recours, si l'idée d'une opération quelconque n'était pas un épouvantail pour certains malades pusillanimes. Ainsi, soit qu'on ait abandonné l'hydrocèle aiguë à elle-même, soit qu'on ait tenté un des moyens précédents, après un mois ou six semaines d'attente, le mieux est de procéder à l'opération.

PREMIÈRE OBSERVATION (Par M. JAMES).

Orchite blennorrhagique, avec épanchement dans la tunique vaginale. — Crépitation particulière, topiques résolutifs-purgatifs. — Guérison.

Bazin, âgé de trente-deux ans, oiseleur, entré à la Charité le 29 février, sorti le 11 mars 1836. Doué d'un tempérament sanguin, d'une santé ordinairement bonne, cet homme n'a eu que des affections blennorrhagiques. Un écoulement, qui s'est montré il y a deux ans, a été traité et guéri par la salsepareille et les purgatifs. Il y a cinq mois, nouvel écoulement; même médication, mais non même succès. Le malade eut recours alors aux injections d'eau blanche, et il les employa non sans douleurs extrêmes dans l'urètre. Bientôt l'inflammation atteignit le testicule droit, qui se gonfla, devint rouge et douloureux. Deux applications de vingt sangsues chacune, furent faites sur le scrotum; mais l'inflammation résistant força le malade à entrer à l'hôpital. Le neuvième jour, le testicule droit paraît du volume du poignet; le scrotum est rouge, douloureux, sensible au toucher; la pression indique de la fluctuation, un épanchement modéré dans la tunique vaginale. Il y a une réaction générale marquée; la peau est chaude et humide, la face vultueuse, le pouls plein et fort, la soif assez vive, la langue humide, mais limoneuse.

Prescription : Saignée, cataplasme avec eau blanche, orge miellée.

Le 3 mars, la rougeur, la douleur, ont diminué. Absorption évidente du liquide épanché; la pression, en glissant, fait sentir une crépitation particulière, bien différente de celle produite par l'air infiltré ou le sang épanché, etc., c'est le bruit du cuir neuf indiqué par MM. Despres et Bright pour le péritoine. Au-dessous du liquide, le testicule apparaît légèrement bosselé; l'épididyme, engorgé, est comme détaché du testicule. Huile de palma-christi, deux onces.

Les jours qui suivent, le malade prend des bains; l'engorgement testiculaire diminue, ainsi que l'épanchement. Nouvelle purgation.

Le 7 mars, le liquide épanché est presque entièrement résorbé; la crépitation ne se fait plus sentir. Bains.

Le 11 mars, le malade sort guéri.

DEUXIÈME OBSERVATION (Par M. MONNIER).

Orchite avec léger épanchement de la tunique vaginale. — Résolutifs. — Muriate d'or. — Guérison prompte.

Delahaye (Amant), âgé de trente-six ans, chapelier, entré à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 16, le 5 février 1836, sorti le 15.

Cet homme est assez bien constitué; il a eu, il y a six mois, une maladie vénérienne. Il travaille tous les jours debout, et depuis six heures du matin jusqu'à onze du soir; il dit boire tous les lundis six litres de vin, autrement il n'en consomme qu'un demi-setier par jour. L'épididyme et le testicule sont durs, enflammés et douloureux; ce dernier ne se présente ainsi que dans sa partie supérieure. D'après la nature de l'engorgement, qui date déjà de onze jours, il n'est pas sûr que cela tienne à une blennorrhagie; de plus, le scrotum est tendu; la peau ne repose pas sur quelque chose de solide, et l'on éprouve la sensation d'un liquide épanché dans la tunique vaginale.

Prescription : Bains, cataplasmes astringents.

Le 7 février, il y a de l'amélioration. Compresses imbibées de vin ammoniacal devant être appliquées sur le testicule. Un quinzième de muriate d'or en pilule tous les jours.

Le 8 et jours suivants, amélioration soutenue. Même traitement.

Le 15 février, l'engorgement et l'épanchement sont dissipés; le malade demande instamment à sortir.

TROISIÈME OBSERVATION (Par M. JEWETT).

Orchite.—Hydrocèle. — Cataplasmes laudanisés.—Vin ammoniacé.— Orchite guérie, hydrocèle diminuée.

Pierson (Jean), âgé de quarante-sept ans, cloutier, ancien militaire, entré à la Charité le 28 janvier 1836, sorti le 7 mars.

Ce malade eut à l'âge de dix-huit ans sa première gonorrhée, qui dura sept ans, et qui fut accompagnée de temps à autre de chancres. Il n'a jamais fait de traitement suivi pour ses maladies vénériennes. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, il éprouve souvent de la difficulté à uriner; il a été obligé d'entrer deux fois à l'hôpital pour une rétention complète d'urine, la dernière fois au Val-de-Grâce, il y a quatre ans; là, il subit plusieurs cautérisations de l'urètre. Depuis sa sortie du Val-de-Grâce, il est obligé de se passer une sonde de temps en temps, afin de prévenir une rétention complète d'urine.

Depuis huit ou dix jours, engorgement du testicule droit avec épanchement de sérosité dans la tunique vaginale, survenus, selon le malade, pour avoir laissé une sonde dans l'urètre pendant la nuit.

Le 29 janvier, testicule et épididyme droit engorgés, peu douloureux; scrotum droit gros comme un œuf d'oie; épanchement considérable de sérosité, reconnaissable par la fluctuation et la *transparence*.

On sonde le malade assez facilement avec une sonde ordinaire en argent. (Bain; tisane de lin; le quart d'aliments.)

30. Le malade a bien uriné. (Cataplasme laudanisé sur le scrotum.)

Le 3 février, point de douleur. (Compresses sur le scrotum, humectées avec du vin rouge tenant en solution une once d'hydrochlorate d'ammoniac par litre de vin.)

Le 9, la quantité de liquide a manifestement diminué.

Le 17, le malade urine toujours bien, ne souffre pas encore de la diminution du liquide épanché. (Suspendre l'emploi du vin ammoniacé.)

Le 25. (Compresses humectées avec le vin ammoniacé.)

Le 5 mars, la quantité de liquide diminue lentement. (Purgatif de scammonée et de jalap.)

Le scrotum droit a encore près de trois fois le volume de celui du gauche, et contient évidemment du liquide. Le malade demande à s'en aller; il n'est pas guéri de l'hydrocèle.

QUATRIÈME OBSERVATION (Par M. POUMET).

Orchite. — Hydrocèle. — Vésicatoire. — Guérison.

Gratien (Manuel), âgé de quarante ans, garçon d'office, Espagnol. C'est pour la troisième fois que ce malade entre à la Pitié. Les deux premières, il y est venu pour un rétrécissement de l'urètre. On trouve maintenant chez lui ce qui arrive souvent à la suite des manœuvres du cathétérisme, c'est-à-dire orchite et hydrocèle, transmis par continuité de tissu, depuis l'urètre jusqu'aux testicules. Or, il y a à la fois orchite datant d'un mois et hydrocèle. Ici, on va essayer des résolutifs saturnins, ammoniacaux, des vésicatoires, et la ponction en dernier lieu.

Du 19 au 24 janvier, l'eau blanche produit peu ou pas d'effet; l'hydrochlorate d'ammoniaque dans du vin remplace l'eau de Goulard. Du 25 jusqu'au 31 janvier exclusivement, la tumeur n'a pas sensiblement diminué. Aujourd'hui, 31 janvier, un vésicatoire est appliqué en forme de calotte sur la moitié droite du scrotum. 1er février, cataplasme sur le vésicatoire enlevé; inflammation, envie d'uriner violente jusqu'à minuit. Le 2, l'inflammation a continué. Le 3, le malade est plus tranquille. Le 4, il va bien. Un bain le 5. Il y a eu ce matin récrudescence dans les douleurs; toute la moitié droite du scrotum est rouge foncé et douloureuse. Le 6, mieux sensible. Le 7, la tumeur est manifestement diminuée; il n'y a plus de liquide à son intérieur, mais le testicule reste encore gros. Le 8 et le 9, même état; le vésicatoire se dessèche. L'hydrocèle est guérie le 12.

—

CINQUIÈME OBSERVATION (Par M. POUMET).

Orchite. — Hydrocèle, côté droit. — Antiphlogistiques, résolutifs. — Guérison.

François Mille, âgé de vingt-trois ans, garçon jardinier, gagna une blennorrhagie en février 1833, et la garda six semaines. En février 1834, sans avoir reçu de coup ni fait d'efforts, il s'aperçut que son testicule droit augmentait de volume et devenait douloureux. En huit jours cet organe devint trois à quatre fois plus volumineux que de coutume. Effrayé de ces symptômes, Mille alla voir un médecin, qui lui conseilla des sangsues et des cataplasmes. Avec ce traitement la tumeur diminua, mais ne disparut point. Le malade entre à la Pitié le 25 février. Le côté droit du scrotum a bien encore trois fois son volume ordinaire; le cordon spermatique est tendu, mais souple. La tumeur est rénitente; il y a du liquide dans la tunique vaginale. C'est une hydrocèle avec engorgement du testicule. On essaiera d'abord les antiphlogistiques, puis les résolutifs, puis un vésicatoire, et enfin l'opération si les autres moyens restent inefficaces. Le 27 février, vingt sangsues, compresses d'eau blanche. Le 1er mars, le liquide diminue. L'eau blanche est continuée. Le 10, le testicule a diminué de trois lignes sur la circonférence. Le 15, diminution très-sensible dans le volume de la tumeur. Le malade se plaint de douleurs vives, mais passagères, dans l'aine et dans la direction du cordon. Le 16, l'hydrocèle a disparu.

OBSERVATION SIXIÈME (Par M. LOREAU).

Orchite blenorrhagique.—Hydrocèle aiguë.—Saignée.— Topiques émollients. Cubèbe—Guérison.

Dozon (André), trentre-trois ans, compositeur d'imprimerie, entré à la Pitié le 10 février 1835, contracta une blennorrhagie il y a trois semaines. Traitée par des tisanes émollientes et des bains locaux de guimauve, elle s'apaisait, lorsque, à la suite de travaux nocturnes prolongés, et dans la station debout, il sentit, le 7, son testicule gauche devenir douloureux, augmenter de volume, et la peau du scrotum devint rouge et douloureuse. Aujourd'hui, le scrotum présente le volume d'un gros œuf de poule; la tumeur est dure à sa partie postéro-inférieure, molle et obscurément fluctuante à sa partie antéro-supérieure. En arrière, on perçoit une dépression derrière laquelle se dessine assez bien sous le doigt l'épididyme. Douleur vive à la pression. Depuis l'orchite, la blennorrhagie est moins douloureuse et l'écoulement moins abondant; point de réaction générale; constitution bonne; tempérament bilieux. Cataplasme de graine de lin avec acétate de plomb. Suspensoir dont les deux liens postérieurs reviennent en avant pour éviter de presser le testicule en arrière; tisane de graine de lin; bain général.

Le 13, la tuméfaction a continué de faire des progrès; huile ricin, une once; compresses d'eau blanche.

Le 14, le purgatif n'a produit que deux selles peu abondantes. La douleur et les autres symptômes inflammatoires ont continué. Un épanchement de sérosité s'est manifestement établi dans la tunique vaginale. Saignée, bain, diète, repos.

Le 17, après la saignée, le mieux est très-évident. Plus de rougeur à la peau ; peu de douleur; diminution considérable du volume et de la dureté. Repos, diète, compresses de guimauve, bain.

Le 24, la bourse est considérablement diminuée de volume; elle n'est plus rouge. La blennorrhagie persiste. Cubèbe, deux gros, en deux paquets, pris dans chacun un verre de tisane.

Le 29, depuis le 25, le malade a pris tous les jours trois paquets de cubèbe. Aujourd'hui, le testicule est revenu presque à son état normal ; la blennorrhagie est en grande partie guérie. Cependant hier encore existait un sentiment de picotement dans l'urètre. Le malade veut sortir. On lui recommande de prendre encore deux paquets de cubèbe aujourd'hui; demain il s'en abstiendra ; deux paquets après-demain ; le jour suivant, un paquet qui sera le dernier. Il n'y a plus d'hydrocèle.

Les autres observations d'hydrocèle aiguë que je possède diffèrent trop peu des précédentes pour qu'il soit utile de les consigner ici. Il est rare qu'elle se termine par suppuration, à la vérité, mais cela n'est pas sans exemple. J'en ai rencontré deux cas, l'un chez le domestique de M. Ollivier, en 1834 ; l'autre à la Charité, en 1836.

Hydrocèle chronique de la tunique vaginale, ou hydrocèle proprement dite.

Les enfants sont moins souvent affectés d'hydrocèle que les adultes. Elle est si commune chez ces derniers, que j'en ai observé trente exemples en moins d'une année à l'hôpital de la Charité. Toutes les irritations portées sur le scrotum, sur le cordon ou dans l'urètre, en sont les causes habituelles. La marche, l'équitation, dans les climats chauds surtout, tous les genres de froissement excercés par les cuisses ou par les corps extérieurs contre les bourses, y exposent évidemment. Aussi est-elle excessivement fréquente au Brésil, à la Guadeloupe, à la Martinique, aux colonies en général, et chez les cavaliers. Là, le scrotum, échauffé par le climat ou par l'exercice, souvent pressé contre la selle du cheval, devient aisément le siége d'une exhalation anormale de sérosité ou de sang, et il n'en faut pas davantage pour déterminer une hydrocèle. La maladie peut arriver aussi par la compression du cordon testiculaire. Chez les hommes dont les travaux exigent de fréquents ou de violents efforts, le cordon est soumis à deux genres de pression : 1° les muscles de l'abdomen et le diaphragme se contractant, réagissent nécessairement sur les viscères, et de là sur les canaux vasculaires du testicule ; 2° de nouvelles recherches anatomiques prouvent que le canal inguinal et ses deux ouvertures peuvent être resserrées par l'action des muscles du ventre.

Il est donc probable que, dans certains cas, ces muscles agissent sur le cordon ou ses vaisseaux, comme le ferait une tumeur dans la fosse iliaque, comme le ferait une hernie inguinale, et que les grands efforts sont capables de faire naître une hydrocèle, aussi bien qu'un engorgement du testicule, qu'un varicocèle. Une autre cause, trop négligée de l'hydrocèle, se trouve dans les maladies de la glande séminale elle-même. Une foule de malades, en effet, ont eu une orchite avant d'avoir une hydrocèle. Uniquement occupés de l'inflammation testiculaire, ils se croient guéris quand elle cesse de les faire souffrir, ou quand l'organe n'a plus qu'un volume médiocre. Plusieurs mois s'écoulent sans qu'ils y aient songé. Pendant ce temps, le peu d'irritation restée dans les bourses active l'exhalation de la tunique vaginale ; une hydrocèle s'établit sourdement et quand le malade s'en aperçoit, il ne sait plus où en trouver la cause. Aussi est-il très-ordinaire de voir le testicule, l'épididyme surtout, bosselé, hypertrophié, doublé, triplé de volume dans les hydrocèles les plus simples en apparence et celles qui semblent être survenues spontanément.

L'*anatomie pathologique* de l'hydrocèle apprend que les altérations du scrotum varient selon que la maladie est récente ou ancienne. Peu prononcées dans le premier cas, elles sont quelquefois nombreuses dans le second. On peut les rapporter toutes à la matière épanchée, au testicule, aux tuniques qui forment le kyste.

Le liquide de l'hydrocèle est ordinairement de la sérosité pure, d'une teinte légèrement citronnée, comme celle de l'hydropisie ascite. Des flocons albumineux s'y trouvent parfois suspendus ou mêlés. Elle était lactescente chez un malade que j'ai opéré au mois d'août 1836. Je l'ai trouvée complétement verte, d'un vert porracé, chez un malade de M. Salacroux. M. Bostock, qui en a fait l'analyse, y a constaté l'existence de paillettes brillantes, d'une nature qu'il n'a pu déterminer. On y a souvent observé des concrétions, tantôt libres, tantôt adhérentes, d'une matière friable, comme graisseuse, micacée, ou en grumeaux, d'apparence fibrineuse, cartilagineuse. Il m'a semblé que de tels produits résultaient d'une certaine quantite de sang ou de quelques masses albumineuses dénaturées. La matière *chocolat*, dont on a tant parlé, indique une ancienne hématocèle et non une hydrocèle. Hors la couleur jaunâtre, blanchâtre ou verdâtre, les altérations du liquide contenu dans la tunique vaginale tiennent à ce qu'il s'y est mêlé du sang, que le temps a décomposé ou rendu méconnaissable.

Les plaques, les brides friables, plus ou moins fermes, quelquefois comme cartilagineuses, qui doublent d'une manière inégale l'intérieur du sac, et qui lui adhèrent souvent avec force, sont également des restes de sang épanché, des restes d'hématocèle par conséquent. Des fausses membranes, purement albumineuses, pourraient seules appartenir à l'hydrocèle, mais elles sont rares. On les distingue des précédentes en ce qu'elles s'organisent comme à la surface des plèvres, ou se confondent d'une manière si intime avec la tunique vaginale, qu'il est à peu près impossible de les en isoler, tandis que les concrétions fibrineuses s'en laissent détacher sans trop de difficulté. Ce sont elles qui transforment parfois la poche en une coque épaisse, dure, fibro-cartilagineuse. Il est cependant vrai, quoiqu'on l'ait nié, qu'alors la tunique vaginale elle-même et ses enveloppes immédiates subissent réellement un certain degré d'épaississement en se confondant l'une avec l'autre. Il est vrai aussi que ce genre de lésion n'appartient point à l'hydrocèle proprement dite, que c'est une conséquence ou un accompagnement de l'hématocèle simple ou combiné. Dans l'hydrocèle, quelque volumineuse qu'elle soit, la peau n'est que légèrement amincie, parce que la tumeur en emprunte aux régions voisines. La même chose a lieu pour le fascia sous-cutané superficiel. Le dartos, qui vient en troisième lieu, s'amincit quelquefois; dans d'autres cas,

il devient plus fort, et revêt un aspect musculaire assez prononcé. Le fascia sous-cutané, profond, de l'abdomen, la gaîne en sautoir et la gaîne de l'anneau (*Voir* mon Anat. chir., t. 1er; introd., 3e édit), qui le séparent du crémaster, sont le plus souvent éraillées, amincies, méconnaissables; tantôt on trouve le crémaster réduit, soit en partie, soit en totalité, à l'état de feuillet fibreux; tantôt on voit qu'il est manifestement épaissi. Le prolongement des fascia intermusculaires, du fascia transversal et du fascia propria, étalés à la surface de la tunique vaginale, au-dessous du crémaster, sont plus souvent éraillés ou épaissis d'espace en espace qu'infiltrés ou transformés en tissu lardacé. Les bosselures, les renflements que présentent quelquefois la tumeur, sont dues à ce que les fibres du dartos, du prolongement de l'anneau et du crémaster se sont laissé allonger ou écarter par la tunique vaginale distendue. Du reste, ces différentes tuniques conservent leur souplesse et tous les autres caractères de l'état normal. Elles ne sont altérées que mécaniquement. A part quelques exceptions rares, on n'y rencontre aucun indice de travail pathologique. C'est faute d'avoir bien distingué l'hématocèle de l'hydrocèle qu'on a rapporté une foule de faits contraires à ce que j'avance ici.

Ce qu'il y a de plus variable dans l'anatomie pathologique de l'hydrocèle, c'est l'état du testicule. Quand la maladie a débuté par la tunique vaginale, le testicule est ordinairement affaissé, aplati, ridé, et, dans quelques cas, véritablement atrophié. Si l'orchite a existé de prime abord, il offre au contraire une augmentation de volume manifeste, mais sans autre altération appréciable. L'épididyme, dur et bosselé, se prolonge par en haut, par en bas et de chaque côté, de manière à déborder la glande séminale elle-même. Tout cela néanmoins se borne presque toujours à de l'hypertrophie. De petits noyaux durs et blanchâtres, de véritables kystes, peuvent exister à la surface de ces organes, et semblent se développer dans l'épaisseur de la tunique albuginée. J'ai vu un de ces kystes acquérir le volume d'une noix; alors la tunique vaginale a souvent contracté quelques adhérences sous forme de brides, et de manière à ce que sa cavité soit comme divisée en plusieurs loges. Il existait, en décembre 1836, à la Charité, un malade dont l'hydrocèle était ainsi formée de deux kystes contenant chacun deux cuillerées de sérosité. J'en ai opéré un à la Pitié, en 1834, qui avait la tunique vaginale transformée en une infinité de lobules semblables.

Plus ou moins épanoui, comprimé, le cordon est comme décomposé par l'écartement de ses parties constituantes, mais ordinairement sain d'ailleurs. Les vaisseaux en sont presque toujours resserrés, tandis que les artères et les veines qui rampent dans l'épaisseur du scrotum sont au contraire assez fortement dilatées.

La tumeur offre presque toujours une espèce d'étranglement transversal vers le milieu de sa longueur, principalement en avant, ce qui lui donne l'aspect d'une calebasse. Ainsi coudée sur sa face antérieure, elle est plus longue plus large; quelquefois pourtant elle est réniforme ou comme refoulée sur elle-même, et singulièrement agrandie dans son diamètre transversal. Souvent aussi elle offre des bosselures sur d'autres points, en haut, en bas, en dehors, en dedans, toutes circonstances qui tiennent à ce que les enveloppes scrotales se sont laissé ériller ou distendre d'une manière inégale par la tunique vaginale. Il arrive enfin qu'elle conserve la forme d'une sphère, ou régulière, ou bosselée, jusqu'à son extrême développement; quelquefois aussi sa base est en haut et son sommet en bas, ainsi qu'il s'en est présenté un exemple remarquable à la Charité, en décembre 1836.

Note sur un cas d'urine en apparence laiteuse, (urine chyleuse), par M. le docteur Caffe, *Chef de clinique des hôpitaux; suivie d'une Consultation*, par MM. Caffe, Orfila et Rayer.

Je n'ai que très-peu de détails à ajouter à ceux mentionnés dans la consultation qui suit, pour laquelle j'ai dû m'adjoindre deux médecins distingués, dont l'un M. Orfila, avait déjà traité l'ex-empereur don Pédro pour une maladie analogue à celle de mon jeune malade; et l'autre, M. Rayer, qui s'est livré à des études importantes sur les affections des reins, et qui est à la veille de publier ses recherches nouvelles sur ce sujet.

M. J. V. de Costa, âgé du 22 ans, est d'un développement régulier, d'un tempérament lymphatico-nerveux; visage fortement marqué par les cicatrices de la variole; ses cheveux frisés sont châtins clairs; denture symétrique, forte et bien conservée; sa taille est de 1 mètre 80 centimètres, et son poids total est de cent vingt-six livres. Les pulsations de l'artère radiale sont presque toujours régulières, et donnent 70 pulsations par minute.

La santé de M. V. m'a toujours paru bonne, et j'ai plusieurs fois observé que les impressions morales, gaies, influaient sur le retour de l'urine à leur état normal, ce qui me portait à croire que leur altération, si souvent capricieuse, était due à une perturbation de l'action nerveuse dans la sécrétion urinaire, exclusive de lésion organique.

Pendant mon séjour récent à Londres, j'eus souvent l'occasion de m'entretenir de ce fait remarquable avec les professeurs sir Astley-Cooper, Marshall-Hall, Carswell, Clark, etc., et je n'obtins aucune idée nouvelle, et la thérapeutique que je mettais en usage ne fut pas changée.

Les précautions les plus minutieuses ont été prises pour que l'analyse des urines fût exacte. Le malade a émis ses urines dans le laboratoire même de M. Guibourt, et à trois époques différentes de la journée: 1° le matin pour opérer sur les urines de la nuit; 2° immédiatement après le repas, urines de la boisson; 3° urines de la digestion, ou cinq heures après le repas.

La matière grasse contenue dans l'urine était semblable à la graisse ordinaire; elle se saponifiait par la potasse; on pouvait encore apprécier une très-faible proportion de margarate de potasse.

L'analyse microscopique de l'urine n'a pas encore été faite; pour être utile, il aurait fallu comparativement faire l'analyse du chyle humain, ce qui était impossible.

Les médecins soussignés, consultés par M. J. V. da Costa sur la nature et le traitement de sa maladie, croient d'abord devoir en rappeler sommairement les principales circonstances.

M. V. est âgé de vingt-deux ans; il est né à *Rio-*

Janeiro, où il a toujours habité jusqu'au moment de son départ pour l'Europe, 13 mai 1836.

Le consultant eut huit frères, dont quatre sont morts dans la première enfance. Pour lui il a toujours eu une parfaite santé; toutefois depuis l'âge de quatre ans jusqu'à celui de dix ans environ, il aurait souvent éprouvé sur les membres inférieurs des éruptions que le malade caractérise d'érysipèles erratiques, qui reparaissaient périodiquement toutes les semaines.

Le régime de vie de M. V. fut toujours très-substantiel, composé de viandes d'animaux adultes et de très-peu de légumes.

Invasion de la maladie. — Il y a quatre ans, tout-à-coup, après une course un peu longue, sans symptômes précurseurs, sans douleurs, émission d'urine blanche, d'apparence laiteuse; usage de boissons nitrées et repos.

Un an après, douleurs aiguës au niveau des régions lombaires et dans la région de la vessie; douleurs tellement intenses, que le malade se tenait à genoux, se courbait fortement en avant au moment de l'émission des urines, alors d'une épaisseur telle qu'elles avaient peine à sortir de l'urètre; elles formaient une masse homogène, molle et continue; en outre elles étaient quelquefois mélangées de beaucoup de sang. Ces douleurs aiguës durèrent environ une quinzaine de jours. On appliqua cinquante sangsues à l'hypogastre et au périnée; on fit prendre des bains émollients, de l'eau nitrée pour boisson, plus tard de l'eau de Sedlitz et des bains de mer.

La diminution des douleurs fut lente et progressive; elles ne cessèrent complétement qu'après trois mois. Les urines étaient rendues tantôt blanches laiteuses, tantôt naturelles, tantôt sanguinolentes.

Depuis cette époque, il est souvent arrivé que deux ou trois mois se sont passés sans que les urines présentassent le moindre aspect laiteux, qui se reproduisait de nouveau sans cause appréciable.

L'exercice de l'équitation, au dire du malade, a paru souvent favoriser le retour passager des urines à leur état normal.

Pendant les soixante jours de navigation pour se rendre en Europe, les urines ont été naturelles.

Pendant les mois d'avril, mai et juin, les urines étaient généralement meilleures.

Pendant neuf mois consécutifs et dans la même année, le malade s'est soumis à une nourriture exclusivement composée de poularde au riz et de lait de brebis; il fit aussi usage d'une grande quantité de térébenthine.

Dans le mois de juillet 1836, le malade est arrivé à Paris dans le but de se faire traiter d'une maladie qui, si elle n'altérait pas visiblement sa santé, restait stationnaire et pouvait lui inspirer des craintes pour l'avenir.

Nous avons déjà dit que l'urine avait été naturelle pendant les soixante jours de traversée. Mais l'un de nous, M. Caffe, auquel M. V. avait été adressé du Brésil à Paris, constata, aussitôt l'arrivée du malade, l'existence d'une urine laiteuse et les autres faits dont le détail doit suivre. Il conseilla d'abord les boissons faites avec la décoction des bourgeons de sapin du nord, alternées avec les eaux de Vichy, les bains de Barèges, la soustraction au froid, un vêtement de flanelle sur tout le corps et immédiatement sur la peau. Plus tard, M. Caffe recourut à la décoction de racine de raifort, aux pilules composées de sulfate de fer et de sous-carbonate de potasse; la dose de ces médicaments fut élevée et par doses croissantes.

Ces moyens ne parurent pas avoir une influence marquée et surtout persévérante.

Vers la fin de septembre, le malade partit pour la Belgique; de là fit une course à Londres, où M. Caffe, qui s'y trouvait à la même époque, eut l'occasion de le rencontrer. On continua l'usage des préparations ferrugineuses, et ce voyage parut plutôt avoir une influence heureuse sur la santé de M. V.; cependant les urines étaient déjà revenues laiteuses quelques jours avant son retour à Paris.

Peu de temps après son retour, M. Caffe nous réunit en consultation, et nous fit part des observations déjà indiquées, et de quelques autres que nous allons rappeler.

1° Deux ou trois fois seulement les urines ont paru plus abondantes que les liquides ingérés.

2° La couleur laiteuse de l'urine a présenté de nombreuses variations d'intensité, quelquefois dans un même jour, et de telles variations dans l'espace d'une semaine, que tantôt l'urine paraissait naturelle, tantôt ressemblait à du lait, sans que de pareils changements si rapprochés puissent être expliqués par des écarts de régime ou par toute autre cause.

3° L'urine a été un certain nombre de fois sanguinolente, surtout avant l'emploi des préparations ferrugineuses.

4° L'émission de l'urine n'était point douloureuse et s'opérait facilement.

5° L'urine, malgré son aspect laiteux, avait l'odeur et le goût de l'urine ordinaire. Elle fut plusieurs fois goûtée par le malade, sur l'invitation du médecin.

6° La santé paraissait assez bonne, mais le malade disait qu'il se sentait moins bien portant lorsque l'urine avait l'apparence laiteuse la plus prononcée.

7° Les fonctions digestives étaient parfaitement régulières, l'appétit était très-grand, et la quantité de nourriture prise chaque jour était vraiment considérable.

8° Le sommeil et les principales fonctions étaient en tout réguliers.

9° Presque toujours après les rapports sexuels, l'urine a paru devenir plus naturelle.

L'urine de M. V. ayant, comme nous l'avons déjà dit, l'apparence des urines désignées sous le nom d'*urine laiteuse*, et d'une espèce d'urine que M. W. Prout a décrite sous le nom d'urine chyleuse, les soussignés crurent devoir prier M. Guibourt, professeur à l'École de pharmacie, de faire l'analyse de cette urine, et cela avec d'autant plus de confiance, qu'il venait tout récemment d'examiner un cas analogue chez un jeune homme de l'Ile-de-France, traité par l'un de nous, M. Rayer.

Nous croyons devoir reproduire ici textuellement la note de M. Guibourt, pleinement confirmative de l'opinion que nous nous étions formée sur la nature de l'urine de M. V.

« L'urine de M. V. est tantôt blanche et opaque comme du lait, d'autres fois d'un rouge de sang. D'autres fois encore le malade rend une urine jaune et transparente qui ne paraît pas différer de l'urine saine.

L'urine rouge de sang étant abandonnée au repos, se sépare en deux couches; une épaisse, d'un rouge foncé et opaque, ressemblant à un caillot de sang, occupe le fond du vase : le liquide surnageant est d'ap-

parence laiteuse comme la première urine mentionnée ; seulement il conserve toujours une légère teinte rougeâtre.

L'urine blanche et d'apparence laiteuse contient quelquefois une si grande quantité de matière grasse, qu'elle vient former à la surface une couche semblable à de la crème, qui occupe le cinquième de la hauteur du liquide ; mais ordinairement il y en a beaucoup moins.

Dans tous les cas, l'urine laiteuse étant mise en contact avec de l'éther sulfurique, s'éclaircit, et l'éther se colore en jaune. En remplaçant une ou deux fois le liquide surnageant par de nouvel éther, on épuise l'urine de la matière grasse, et elle devient parfaitement transparente ; elle est alors jaune, si elle était primitivement d'un blanc laiteux, et légèrement rougeâtre, si elle était rouge sanguinolent.

Il est prouvé par là que l'urine laiteuse ne devait son opacité qu'à la matière grasse que l'éther a dissoute, et qu'on obtient facilement par l'évaporation de celui-ci.

J'ai dit que le liquide épais et rouge foncé précipité au fond de l'urine sanguinolente, ressemblait à un caillot de sang ; mais cette apparence est trompeuse. En traitant cette masse par de l'éther, on la rend à l'instant même liquide, entièrement transparente, et d'un beau rouge vif. Ce liquide ne contient donc que de la matière colorante du sang sans fibrine.

L'urine laiteuse, devenue transparente par le moyen de l'éther soumise à l'ébullition, forme un abondant coagulum d'albumine.

L'acide nitrique la coagule également ; l'acide acétique ne la trouble pas ; ainsi elle contient bien de l'albumine et non de la caséine. La dénomination d'urine laiteuse ne s'applique donc qu'à l'apparence, aux caractères physiques du liquide, et non point à sa nature.

Une expérience antérieure nous avait montré que l'urine d'apparence laiteuse différait de la nature du lait. Celui-ci étant étendu d'eau de manière à offrir le degré d'opacité de l'urine, les deux liquides ont filtré également troubles et blancs à travers le papier. Mais, en y ajoutant de l'acide acétique, l'urine laiteuse n'en éprouve aucune altération, et filtre laiteuse comme auparavant ; tandis que le lait est coagulé et filtre tout à fait limpide et transparent.

L'urine laiteuse, débarrassée de la matière grasse par de l'éther, après avoir été coagulée par le calorique, et concentrée environ à moitié, a été filtrée et refroidie ; mélangée alors d'acide nitrique, elle a formé une belle cristallisation de nitrate d'urée. Ainsi ce liquide, débarrassé de ses principes étrangers, paraissait redevenu de l'urine ordinaire.

En résumé, l'urine de M. V. diffère de l'urine ordinaire en ce qu'elle contient une grande quantité d'albumine et de matière grasse, auxquels se joint par intervalle la matière colorante du sang, sans fibrine. »

En comparant le résultat de cette analyse avec ceux que M. Prout a obtenus des urines qu'il désigne sous le nom de chyleuses, on reconnaît de suite que cette dénomination est celle qui convient réellement au cas pour lequel nous sommes consultés. En effet, si on ajoutait une certaine quantité de chyle à l'urine (*voyez* composition chimique du chyle, Berzélius, Orfila, etc.), on obtiendrait une urine chargée d'albumine, de matière grasse et d'une certaine proportion de matière colorante du sang. D'un autre côté, malgré ce qui a été dit sur la présence du caséum dans l'urine laiteuse, il est fort douteux qu'on en ait jamais rencontré, et d'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, il n'en existait pas.

Les résultats de cet examen fait sur l'urine de M. V., l'absence de douleurs dans les régions rénales, la connaissance pour nous acquise de plusieurs cas analogues, dans lesquels il n'y avait point de lésion matérielle des reins ; l'analogie non moins évidente de ce cas avec les hématuries, ainsi désignées à l'Ile-de-France, et qui sont quelquefois suivies d'urines laiteuses ; toutes ces circonstances nous firent penser qu'il serait extrêmement important de rechercher si le sang lui-même n'offrirait pas un état particulier, et spécialement cette apparence laiteuse, que quelques pathologistes affirment avoir observée dans des conditions morbides encore indéterminées. M. Caffe pratiqua donc à son malade une saignée du bras de quatre onces, et M. Guibourt voulut bien encore se charger de faire l'analyse de ce sang.

Le sang, abandonné dans un vase fermé, s'est pris en une masse gélatineuse, tremblante, sans aucune apparence de couenne blanche à la surface. Loin de là, ce sang, agité dans le flacon après vingt-quatre heures de repos, est redevenu complétement liquide, ce qui semble indiquer une absence complète de fibrine.

Ce sang liquide a été mêlé à deux parties en volume d'alcool rectifié, afin de le coaguler. Le coagulum a été soumis à la presse et desséché. Il pesait alors sept gros et demi, ou près du quart du poids du sang. Il était pulvérulent et d'un rouge pâle et blanchâtre, tandis que le coagulum d'un sang normal, préparé de même, est sous la forme d'une matière dure, vitreuse, et d'un rouge brun très-intense. Il est évident, d'après cela, que le coagulum de ce sang brésilien contient proportionnellement moins de matière colorante que celui du sang normal. Mais cela peut tenir à ce qu'il renferme beaucoup plus d'albumine. Il est, en effet, bien remarquable que ce coagulum desséché dépassait la quantité de matière solide indiquée jusqu'ici par toutes les analyses du sang ; et comme il ne contenait que peu ou pas de fibrine, son excès de quantité doit porter principalement sur l'albumine.

Une égale quantité (sept gros et demi) de coagulum de ce sang brésilien et de sang normal a été pulvérisée et traitée par l'éther, au moyen de la méthode de déplacement. Dès le premier moment, une grande différence s'est manifestée ; les trois premières gouttes d'éther provenant du sang brésilien ont laissé sur un verre de montre une couche très-apparente de matière grasse, blanche, opaque et nacrée ; les trois premières gouttes provenant du sang normal ont laissé seulement quelques points circulaires d'une matière grasse plus transparente. La totalité de l'éther provenant du sang brésilien a laissé 0 gramme 20 (quatre grains environ) de matière grasse, solide, opaque et circuse. La totalité de l'éther provenant du sang normal a fourni 0 gramme 11 d'un résidu coloré, partie grasse, partie saline, et attirant l'humidité de l'air.

Il résulte évidemment de ces expériences que le sang de M. V. diffère du sang ordinaire en ce qu'il contient moins de fibrine, mais plus d'albumine et de matière grasse, et qu'il se rapproche en conséquence par ses caractères de la composition du chyle.

En résumé, dans notre opinion, l'altération de la sécrétion urinaire observée chez M. V. est manifestement sous la dépendance d'un état particulier du sang, et cet

état consiste en ce que la transformation du chyle versé dans le sang se fait d'une manière incomplète, c'est-à-dire, en un vice de l'hématose.

Les cas d'urine *laiteuse* sont encore peu nombreux dans la science, et plusieurs de ces faits ont été observés d'une manière trop incomplète. La part de l'influence du régime, des divers traitements, et aussi du temps, etc., sur leur terminaison, n'a pu être appréciée assez rigoureusement pour que nous puissions donner ici des règles de traitement aussi positives que pour une maladie moins rare.

Cependant, nous rappellerons, 1° que les malades dont M. W. Prout a rapporté trop brièvement l'histoire ont souffert plusieurs années, sans altération manifeste de la santé.

2° Les hématuries observées à l'Ile-de-France, et quelquefois suivies d'urine dite laiteuse, ne sont pas regardées comme graves.

3° D'après une discussion élevée au sein de l'Académie de Rio-Janeiro (avril 1836, *Revista medica fluminense*), il paraît que cette maladie est assez fréquente dans cette ville, surtout chez les femmes, et que sa gravité n'est pas en rapport avec sa résistance aux agents thérapeutiques.

4° Dans le petit nombre de faits d'urine *laiteuse* observés en Europe, et qui étaient réellement chyleuse d'après l'analyse, et non purulente, la maladie, quoique rebelle et de longue durée, n'a pas été grave. Toutefois, on l'aurait vue, d'après quelques auteurs, dégénérer en diabètes.

En suite de l'opinion émise plus haut sur l'altération de la sécrétion urinaire, de sa liaison avec un état particulier du sang et un vice de l'hématose, et d'après les résultats les mieux observés, les expériences thérapeutiques faites dans une maladie aussi rare, nous croyons devoir conseiller le traitement suivant :

1° Pendant plusieurs mois, tous les matins à jeun, M. V. prendra six pilules suivantes :

Prenez : Sous-carbonate de fer, un gros.
Poudre de quinquina rouge, un scrupule.
Cannelle pulvérisée, douze grains.

Mêlez selon l'art, et faites avec quantité suffisante de mélange vingt-quatre pilules.

2° Une heure avant le dîner, boire une once de vin de quinquina.

3° Trois fois par semaine, prendre un bain presque frais, d'une demi-heure de durée, additionné par deux onces de sulfate de potasse.

4° Le soir, au moment de se coucher, M. V. prendra ving-quatre grains de sous-carbonate de fer dans du pain à chanter ou dans de la compote.

5° Les médecins qui dirigeront au Brésil le traitement de M. V. pendant deux ou trois mois consécutifs, ne devront le suspendre que dans le cas qu'il se présenterait des signes d'irritation gastro-intestinale (ce qui est peu probable); nous croyons pouvoir ajouter que, dans notre opinion, les modifications ultérieures ne devraient porter que sur le choix d'autres préparations ferrugineuses ou de quinquina, dans la substitution de bains alcalins, savonneux, à ceux de sulfate de potasse.

6° Le régime alimentaire, dans une semblable affection, doit être essentiellement choisi parmi les viandes de bœuf et de mouton rôties et grillées.

7° La boisson ordinaire sera un vin généreux coupé avec de l'eau ferrée.

8° On devra faire concourir au succès du traitement tous les moyens hygiéniques propres à fortifier la constitution; dans la saison des bains de mer, M. V. en prendra une trentaine, que l'on ne prolongera pas au-delà de quelques minutes.

9° La dysurie qui a lieu lors du passage d'une certaine quantité de sang dans les urines, ou lorsqu'elles sont fortement chargées de chyle, est due à une cause entièrement mécanique, qui cesse d'elle-même par la sortie des caillots, ou peut encore nécessiter l'emploi du cathétérisme. Ces accidents sont particuliers à une seule circonstance de la maladie, et sont étrangers à sa nature. CAFEE, ORFILA, RAYER.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Morve et farcin aigu chez l'homme; leçon de M. le professeur VELPEAU, recueillie par Gustave JEANSELME.

M. Rayer, ayant dans sa division un cas rare et d'un haut intérêt, qui semble concerner à la fois la médecine et la chirurgie, est venu me prier de l'examiner et d'en faire devant vous, Messieurs, le sujet d'un entretien clinique. Voici le fait : A la salle Saint-Michel, n° 7, est couché un homme âgé de cinquante-huit ans; cet homme employé en qualité de palefrenier par l'administration des *Favorites*, est entré à l'hôpital le 6 de ce mois. N'ayant pas pu obtenir de lui des renseignements suffisants sur son genre de vie, nous avons pris, M. Rayer et moi, des informations auprès des personnes au milieu desquelles il vivait; voici les détails que nous avons pu recueillir : ils nous ont été procurés par M. Leblanc, vétérinaire de l'établissement. Depuis le mois de mai 1835, que cet homme est entré au service des *Favorites*, il n'a jamais été malade, du moins sérieusement; il avait les mêmes habitudes que les personnes de sa profession. Il couchait dans une écurie humide, froide, malsaine; les chevaux, dont le soin lui était confié, étaient parfaitement sains; mais un de ceux qu'un de ses compagnons soignait, et qui se trouvait à côté des siens, fut atteint de la morve aiguë, le 27 janvier 1837. Ce cheval fut envoyé à l'équarrissage le 4 février courant. Aucun autre palefrenier de la même écurie n'a été jusqu'à présent atteint de la même maladie. Il nous a été impossible de savoir au juste dans quel ordre se sont manifestés les symptômes; on nous a dit seulement que le sujet était tombé assez rapidement dans un abattement considérable. A son entrée à l'hôpital, il avait du délire, la langue était sèche et rousse, le pouls fréquent et assez fort; si bien que M. Rayer aurait volontiers diagnostiqué une fièvre typhoïde; des tumeurs se sont ensuite développées sur son corps. Voilà tout ce que nous avons pu avoir sur les antécédents.

Quoi qu'il en soit voici les caractères qu'a présentés à notre observation la maladie dont cet homme était atteint. Les uns sont externes et les autres internes. Les premiers de ces symptômes se dessinent à l'extérieur par des tumeurs de deux genres, que l'on ne doit point con-

fondre, puisqu'elles diffèrent entre elles, et par leur position et par leurs caractères. Les unes occupent le tissu cellulaire sous-cutané, plusieurs même d'entre elles paraissent placées sous les aponévroses; on en voit sur différentes parties du corps; elles sont de grosseur variable. Les plus volumineuses sont placées à la partie postérieure du tronc, aux cuisses, aux jambes. Il en est qui présentent plusieurs pouces d'étendue. Ces tumeurs, très-peu douloureuses, sans changement de couleur à la peau, sont fluctuentes, mais ce n'est pas une fluctuation franche; on sent, au milieu du liquide, des noyaux assez durs en plus ou moins grand nombre; les parties où siègent ces tumeurs ne sont point tendues; il n'y a pas de chaleur à la peau; on ne trouve, en un mot, aucun signe des tumeurs purement inflammatoires. Dans leur développement elles procèdent de l'intérieur à l'extérieur. Celles du second genre sont superficielles, et pourraient, en quelque sorte, être comparées à la varicelle ou à l'ecthyma, sans pourtant appartenir ni à l'un ni à l'autre de ces deux genres d'éruption, comme nous le prouverons. Ce sont des pustules à base assez dure, dont le sommet, saillant mais aminci, donne la sensation d'une matière très-liquide. Ces pustules sont répandues en très-grand nombre sur toutes les parties du corps, mais elles ne sont point confluentes. Quelques unes ont crevé et ont fait place à de petits ulcères à fond grisâtre et ichoreux, à bords assez rouges et un peu soulevés.

Parmi les tumeurs du premier genre, trois sont gangréneuses. Ainsi, à la région mastoïdienne, une de ces tumeurs, d'un pouce de diamètre environ, présente à son sommet une escarre gangréneuse; mais notons que cette escarre n'offre pas les caractères qu'elle revêt ordinairement; elle est molle, le doigt la déprime sans le moindre effort, et la sensation qu'on éprouve par la pression est comparable à celle que donnerait une espèce de bouillie. A la verge, on observe aussi une plaque gangréneuse qui envahit la presque totalité du gland; on ne peut pas en déterminer la profondeur. On trouve une autre de ces plaques gangréneuses au-dessous de la malléole externe de la jambe droite.

La peau est sèche, d'un aspect terreux, pulvérulent, légèrement, poisseux; les chairs sont flasques. Tels sont les caractères extérieurs.

Si maintenant nous passons aux phénomènes généraux ou internes, nous trouvons un état qui a beaucoup de rapport avec ce que l'on a observé dans les affections typhoïdes. Tantôt le malade est dans un coma à peu près complet; il y a prostration des forces; tantôt il y a de la céphalalgie, le malade s'agite, veut même se lever. La langue est sèche, rousse, presque noirâtre; il en est de même des gencives et du bord libre des lèvres. Le pouls, tantôt fort, tantôt petit, est très-accéléré; il donne environ 130 pulsations à la minute. L'expectoration est abondante, jus de pruneau, roussâtre ou couleur de suie. L'auscultation ne présente qu'un peu de râle sibilant. Les narines n'offrent point d'écoulement; rien d'anormal. On ne trouve pas de signes de lésions viscérales. On a inoculé à des animaux du pus qu'on a pris dans un des foyers. M. Rayer a soumis le malade à des boissons acidulées, et a fait appliquer un vésicatoire volant sur le devant de la poitrine; mais la maladie n'en a pas moins suivi sa marche funeste, et le malade est mort le 13 février, à quatre heures du soir.

Voici, en peu de mots, les résultats de l'*autopsie*: les tumeurs n'ont rien présenté d'extraordinaire; c'étaient des collections purulentes placées les unes dans le tissu cellulaire sous-cutané, les autres sous les aponévroses, au milieu des muscles. Mais les lésions internes présentent un grand intérêt. On a trouvé dans les fosses nasales, qui ne présentaient d'ailleurs aucun état maladif pendant la vie, et dans le larynx, des lésions qui seront très-utiles dans l'étude de cette maladie: sur la cloison du nez et dans les sinus frontaux, la muqueuse épaissie présente plusieurs plaques granuleuses d'un rouge plus ou moins vif. A la face postérieure de l'épiglotte et sur la partie antérieure et supérieure de la muqueuse laryngée, on observe une plaque granuleuse d'une largeur considérable, de l'épaisseur d'une pièce de deux francs, et offrant un aspect chancreux. Dans la trachée on aperçoit aussi des éruptions granuleuses, mais elles sont moins prononcées. Dans les poumons, on trouve aussi de petits foyers purulents en assez grand nombre. Tous les autres organes sont à l'état normal. Les vaisseaux lymphatiques et les veines, les entrailles et le péritoine sont exempts de lésion notable.

Lorsqu'une affection morbide, dont les caractères sont si insolites, si étranges, s'offre à l'observation du praticien, dit M. Velpeau; il doit analyser avec le plus grand soin tous les symptômes, et voir si on ne pourrait pas les rapporter à quelque maladie connue. C'est ce que nous allons faire. Nous devons examiner cette maladie sous trois points de vue: d'abord par rapport aux deux genres de tumeurs, ensuite nous étudierons les phénomènes généraux.

Les tumeurs sous-cutanées et sous-aponévrotiques pourraient un instant donner le change pour une affection charbonneuse; mais pour peu qu'on réfléchisse, on verra bientôt qu'il ne peut en être ainsi. En effet, dans les affections charbonneuses, la maladie a des prodromes inflammatoires plus ou moins intenses; les tumeurs de ce genre sont entourées d'un cercle rouge ou jaune et tirant sur le livide; le centre est occupé par un noyau dur; la peau est chaude; la douleur est ordinairement vive: or, on n'observe aucun de ces phénomènes dans l'observation que je viens de vous rapporter. Les tumeurs que présente le sujet n'offrent aucun travail phlegmasique appréciable. On ne peut donc pas confondre la maladie dont il est atteint avec les affections dites *charbonneuses* ou avec la pustule maligne.

Si les tumeurs du second genre, c'est-à-dire les pustules, existaient seules, sans le cortége des autres phénomènes, on pourrait, sans une grande attention, rapporter cette maladie à quelque éruption cutanée, telles que la *varicelle*, l'ecthyma ou le phlyzacia. Mais outre les différences qui existent entre les pustules que nous offre le sujet de l'observation et celles de ces affections cutanées, on ne peut soutenir cette opinion, en considérant l'ensemble des phénomènes généraux que nous avons décrits. Ce n'est donc pas une simple affection cutanée.

Si on n'y regardait pas de très-près, si on n'analysait pas avec soin tous les symptômes, les phénomènes généraux dont nous avons parlé pourraient faire croire à une infection purulente. L'erreur ici serait plus facile et moins grossière peut-être; car chacun sait que dans la phlébite il se manifeste plusieurs symptômes généraux, en partie semblables à ceux que nous avons décrits; ainsi, il y a ordinairement prostration des forces,

coma ; il se développe assez souvent des abcès du genre de ceux que nous présentait le malade qui a succombé. Mais, dans l'infection purulente, il y a eu des frissons, du tremblement ; ordinairement cette maladie se développe à la suite d'une opération importante ou d'une maladie grave ; les abcès se développent dans les organes intérieurs ; il en apparaît quelquefois, il est vrai, à l'extérieur ; mais, dans ces cas même, il en existe presque toujours à l'intérieur, et un ordre particulier de symptômes en indique l'existence. Or, nous n'avons rien observé de semblable, pas de frissons, pas d'opérations, pas de maladie grave antérieure, pas de signes d'abcès dans les viscères. On ne peut donc pas rapporter cette affection à la phlébite.

Je ne crois pas, continue M. Velpeau, qu'il existe dans les annales de notre art quelque maladie à laquelle on puisse rapporter celle-ci ; il faut donc avoir recours à une autre médecine, à une médecine qu'on a peut-être trop négligée, et qui offre pourtant des données dont nous pouvons tirer parti, surtout dans cette circonstance ; je veux parler de l'hippiatrique. M. Rayer, en France, est le premier qui ait décrit, sous le nom de *morve* (*glanders* des vétérinaires anglais) une maladie dont les caractères sont analogues à ceux que nous avons décrits (1). Ce praticien distingué a indiqué sa transmission des animaux à l'homme. Avant lui, M. Elliotson, de Londres, avait publié un mémoire intitulé : *Morve du cheval communiquée à l'homme*. Ce médecin cite plusieurs observations, entre autres une qui appartient à M. Travers : le sujet est un étudiant qui se blessa en disséquant la tête d'un âne mort de la morve. Plusieurs abcès analogues à ceux que nous avons décrits se montrèrent sur différentes parties du corps, et le malade succomba. Ce cas est très-intéressant, et peut être très-utile à l'histoire de cette maladie. On trouve encore dans ce mémoire deux observations d'individus présentant les mêmes symptômes et succombant de la même manière. M. Elliotson ajoute que MM. Parrot et A. Brown, chirurgien de marine, lui ont rapporté la mort de deux autres sujets présentant les mêmes phénomènes ; d'où il conclut que la morve peut être communiquée du cheval à l'homme.

Dans un autre recueil (2), il est dit que, dans le service de M. Williams, un jeune homme succomba de la même manière : ce malheureux avait reçu sur un doigt blessé, du mucus qui tombait des naseaux d'un cheval atteint de la morve, et auquel il donnait des soins. M. Alexander, médecin d'Utrecht, dans un mémoire qu'il a publié dans les *Archives*, après l'avoir imprimé en hollandais, cite aussi plusieurs observations, dans lesquelles on trouve l'histoire plus ou moins complète des phénomènes que nous avons observés. Il s'agit, dans son travail, de trois sujets qui, ayant eu des rapports avec des animaux morveux, furent pris d'accidents graves, et moururent. J'ai trouvé, ajoute M. Velpeau, dans les Archives générales de médecine trois observations qui ont probablement trait à la maladie qui nous occupe : la première, publiée par M. Duplay, il y a trois ans, est incomplète sous le rapport de l'étiologie. Il n'y eut pas de gangrène. Il n'y est pas parlé du genre de vie du sujet. Les deux autres, consignées dans le mémoire de M. Dance, sous le titre d'abcès multiples, ont été communiquées par MM. Dalmas et Menière ; mais on n'y trouve pas plus de détails que dans l'observation précédente sur les antécédents. A la description que les médecins nous donnent des symptômes, on reconnaît facilement la maladie ; mais il nous faudra plus que cela en ce moment. Une observation assez curieuse, est celle qu'à donnée M. Rennes de Strasbourg : le sujet est un soldat du train qui fut traité à l'hôpital militaire de Strasbourg. Il n'est pas dit, il est vrai, si les chevaux étaient atteints de la morve ; mais on sait que sa profession le mettait en rapport fréquent avec ces animaux.

Si à ces observations nous joignons celles de M. Vogeli, de Lyon, nous aurons à peu près tous les faits que la science possède. On trouve, il est vrai, dans les recueils allemands quelques cas qui pourraient, sous différents points de vue, se rapporter à la maladie qui nous occupe ; mais, à part ceux de MM. Schelling et Weess, il n'y a rien de précis, et on ne peut en tirer aucune conclusion. Ces réflexions, ajoute M. Velpeau, doivent vous montrer avec quelle exactitude on doit recueillir les observations. Des détails qui, dans l'état actuel de la science, pourraient paraître inutiles, fastidieux même, aux yeux de quelques-uns, offriront peut-être un jour le plus grand intérêt, et aideront les progrès de notre art.

Si maintenant nous interrogeons les médecins vétérinaires pour savoir ce qu'ils entendent par *morve*, nous trouvons parmi eux les mêmes dissensions que parmi nous sur certaines affections morbides. D'après l'opinion la plus généralement répandue, la morve débuterait par les narines, gagnerait les sinus frontaux et la partie supérieure des fosses nasales, puis envahirait le pharynx, le larynx, la trachée, les bronches et même les poumons, suivant quelques-uns. La maladie se dessinerait sur ces différentes parties par des granulations ou par des plaques ulcérées offrant l'aspect des chancres (n'oublions point que le sujet qui a succombé dans cet hôpital, et qui n'offrait pendant la vie aucun état pathologique appréciable à la vue dans les fosses nasales, n'a pas été examiné par nous dans le principe).

Cette maladie se montre à l'état aigu et à l'état chronique. Ses caractères pathognomoniques seraient, dans la *morve aiguë*, une sorte de coma et de prostration des forces, des abcès répandus en plus ou moins grand nombre sur les téguments, et offrant assez souvent à leur sommet des plaques gangréneuses.

Au dire de Massé, les auteurs anciens attribuaient cette affection morbide à l'absence de la vésicule du fiel ; une pareille étiologie ne se réfute point. Plus tard, dans les trois derniers siècles, J. Liébault, dans sa *Maison rustique*, Soleysel, dans son *Parfait maréchal*, Liger, dans sa *Nouvelle maison rustique*, puis de Garsault, dans son *Nouveau parfait maréchal*, lui ont donné pour cause un dérangement dans les humeurs, ayant quelque analogie avec celui qui cause la variole. On était, il est vrai, dans la bonne voie ; mais on n'alla pas assez loin sous ce rapport. Ce ne fut que vers le milieu du siècle dernier que cette question fut éclaircie. On connaît la grande dispute de Lafosse, qui plaça le siége de la morve dans les fosses nasales, contre les vétérinaires de son temps. Les raisons péremptoires de

(1) *Maladies de la peau*, t. III, p. 925. — Atlas, pl. IX, fig. 1, édit. de 1835.

(2) *London medical gazette*, 1833.

Lafosse fils (*Dictionnaire d'hippiatrique*, *etc.*) en faveur de cette idée n'ont point empêché Bourgelat de comparer la morve à une affection vénérienne. M. Rodet semblerait même en faire une maladie cancéreuse, et le savant M. Dupuy veut que ce soit une affection tuberculeuse. Cette dernière opinion est fortement repoussée par l'école vétérinaire de Lyon. Tout ceci, d'ailleurs, ne peut guère s'entendre que de la morve chronique, tandis que pour nous il s'agit surtout de la morve aiguë.

Relativement à celle-ci, Wibord, en Danemarck, Coleman, en Angleterre, M. Leblanc et quelques autres en France, pensent qu'avec le farcin aigu la morve ne fait qu'une seule et même maladie. Or le farcin aigu offre des tumeurs et un ensemble de symptômes analogues à ce qu'on observait chez notre malade. Coleman s'est convaincu de cette identité en inoculant le venin des deux maladies : avec le farcin on peut produire la morve et réciproquement. M. A. Gras rapporte même un cas (*Rev. méd.*, janvier 1837), qui porterait à croire que le farcin chronique peut aussi se communiquer des animaux à l'homme.

En admettant que nous ayons réellement affaire à la morve ou au farcin aigus, voilà donc une nouvelle maladie à classer dans les cadres nosologiques. Ce n'est pas à dire pour cela qu'elle n'existait point auparavant; mais probablement les auteurs n'en ont point parlé parce qu'ils l'ont confondue avec d'autres affections. Maintenant deux questions de la plus haute importance se présentent : La morve et le farcin sont-ils des maladies contagieuses, et dans ce cas quel est leur mode de contagion? La première question a été résolue de tout temps par l'affirmative, soit pour l'état chronique, soit pour l'état aigu. Ce n'est guère que de nos jours qu'on a mis en doute la contagion de cette maladie. J'ai examiné les raisons qu'on a données pour et contre, et je me suis convaincu que celles qu'on a opposées à la contagion ne sont d'aucun poids. En effet on a dit, et des hommes, d'ailleurs de mérite, ont osé le soutenir, que si la morve était vraiment contagieuse, tous les individus en rapport avec des animaux morveux devaient être atteints de la maladie. On ne conçoit pas une pareille objection. Il faudra aussi nier la contagion de la syphilis dans l'espèce humaine, parce que des individus peuvent fréquenter impunément des femmes syphilitiques. Il en est de même de toutes les autres maladies reconnues contagieuses. On ne peut nier, et l'expérience de tous les jours démontre, que le virus même le plus actif exige pour se développer certaines dispositions de l'organisme, sans lesquelles son action reste nulle. Au contraire les raisons en faveur de la contagion sont très-concluantes; car dans les observations recueillies avec soin, nous trouvons que les sujets atteints de la morve ont tous été plus ou moins en rapport avec des animaux morveux. Les travaux de Gohier à Lyon, de M. Huzard à Paris, les observations de M. Hurtrel d'Arboval ne laissent, je crois, aucun doute à ce sujet. Si le pus, que M. Rayer a fait inoculer sur des animaux, ne produit pas d'effet, on ne pourra en tirer aucune conclusion par les raisons que nous venons de donner; d'autant plus que des inoculations semblables de l'homme aux chevaux, déjà faites à Londres, soit par Coleman, soit par M. Youath, ont reproduit la maladie. Mais si les animaux soumis à l'expérience sont atteints de la morve, la conclusion sera évidente. Je vous rendrai compte, messieurs, de ces expériences, dont les résultats peuvent du reste se faire attendre plus ou moins longtemps; car il est reconnu que les principes contagieux peuvent mettre des semaines, des mois même pour se développer.

Si nous examinons maintenant la seconde question, l'observation dont je viens de présenter les détails peut nous mettre sur la voie. Ainsi les chevaux que notre homme soignait n'avaient point la morve; celui qui en fut atteint était dans la même écurie, à côté des siens, mais c'était un autre palefrenier qui en avait soin. Il est donc probable, s'il l'a véritablement gagnée, que cette maladie ne se communique pas seulement par le contact, mais qu'elle pourrait aussi être transmise par l'air. Ce n'est là sans doute qu'une probabilité; car comment s'assurer que cet homme qui couchait et travaillait dans la même écurie, n'a jamais touché le cheval morveux, ni aucun des objets qui étaient à son usage? On voit qu'il n'y a encore là rien de bien précis; de nouveaux faits rigoureusement observés éclairciront cette question.

Le pronostic de la morve aiguë est toujours funeste; du moins la science ne possède pas, que je sache, de cas de guérison bien constatée. M. Alexander rapporte, il est vrai, deux cas suivis de succès; mais les observations qu'il en donne sont trop incomplètes pour que nous puissions en tirer une conséquence favorable, positive.

Jusqu'à ce jour, tous les moyens thérapeutiques ont échoué contre cette terrible maladie. L'an passé, plusieurs d'entre vous ont observé, dans mon service, un jeune homme couché au n° 12, salle Sainte-Vierge, présentant sur différentes parties du corps plusieurs abcès analogues à ceux que nous avons décrits; il finit par guérir; mais j'avoue que, ne l'ayant pas interrogé sur ses rapports avec les animaux domestiques, les chevaux en particulier, ni sur son genre de vie, ce fait ne peut pas être concluant.

M. Velpeau termine en disant que de ce qui précède on peut conclure que la morve, dans l'état actuel de la science, est une maladie incurable, qu'elle est contagieuse, et qu'à l'état aigu elle reconnaît la même cause que le farcin; que par ses phénomènes généraux elle semblerait appartenir à l'ordre des maladies dites par infection; que c'est une espèce d'empoisonnement qui, pénétrant secondairement par le sang, dénature tous les liquides; que son action sur les membranes muqueuses du nez, des sinus frontaux, du larynx, des poumons, est un fait facile à concevoir; que l'éruption phlyzaciée s'expliquerait encore par un contact médiat ou immédiat, mais que les foyers purulents ou gangréneux profonds portent à supposer une véritable *intoxication*, une infection septique *sui generis* des liquides; ce qui, du reste, la rapprocherait à la fois des maladies charbonneuses et des infections soit miasmatiques, soit purulentes.

L'autopsie prouve au surplus que chez cet homme toutes les altérations pathologiques qui caractérisent et la morve et le farcin aigus existaient d'une manière évidente.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau. — ophthalmologie.

Quelques recherches sur la xérophthalmie, par Gustave Jeanselme.

Il est une maladie des yeux qui n'est connue que par quelques observations, et que les pathologistes n'ont pas encore admise dans les cadres nosologiques. Les principaux caractères de cette affection morbide sont l'épaississement de l'épithélium, de la conjonctive, l'insensibilité plus ou moins complète de cette membrane, l'absence de sécrétion de la glande lacrymale et des glandes de Meïbomius, et par la suite la sécheresse et l'aspect terreux, pulvérulent, parcheminé, dit M. Velpeau, de l'œil. Cette maladie a reçu différents noms : ainsi Schmidt, de Vienne, le premier qui en ait parlé, en 1803, l'a décrite sous le nom de *xérophthalmie* (ξηρος sec, οφθαλμος, œil). (1). Travers, en 1821, l'appelle *cuticular conjunctiva* (2). On l'a encore désignée sous les noms de *cutisation de la cornée, épaississement de la conjonctive*, *cornée épidermique*, *xérosis de la conjonctive*. La première dénomination doit lui être conservée ; elle laisse dans l'esprit une idée plus claire de la maladie.

On est étonné qu'une pareille affection ne se trouve pas indquée dans l'histoire avant 1803, du moins c'est ce qui résulte des recherches de M. Dupré, dont je citerai la thèse, et de celles de M. Velpeau, qui a fait deux leçons sur elle à la Charité. Serait-on en droit de conclure qu'elle n'existait pas? c'est peu probable. Dirons-nous pour cela qu'elle a été négligée comme peu dangereuse? la suite nous prouvera que cette seconde hypothèse ne peut pas être admise. Il nous semble plus rationnel de penser que les auteurs ont confondu cette affection avec d'autres maladies incurables de l'œil, et qu'ils ne s'en sont pas occupés, parce qu'ils l'ont crue au-dessus des ressources de l'art. En vain chercherions-nous dans les écrivains de ce siècle une histoire détaillée de cette maladie. Les Anglais et les Allemands ne nous en donnent que quelques observations plus ou moins longuement commentées. Je présenterai l'analyse de quelques-unes de ces observations. En France, quoiqu'en 1833 on eût traduit, dans les *Archives générales de médecine* (deuxième série, tome II), une observation de M. Mackensie, professeur d'ophthalmologie à l'université de Glascow (3), l'attention des praticiens ne fut éveillée sur ce sujet qu'en février 1836, par M. Dupré. On trouve, dans la thèse de ce médecin, le premier cas de *xérophthalmie* observé dans les hôpitaux de Paris ; du moins c'est le premier qui ait été publié (4). M. Dupré cite un chirurgien qui en aurait observé deux cas. M. Padieu, interne de M. le professeur Velpeau, en a observé un cas à Bicêtre. Moi-même, dans l'espace d'une année, j'ai pu voir deux xérophthalmies à la clinique chirurgicale de la Charité. On dit que cette maladie est excessivement rare ; je ne sais pas jusqu'à quel point cette assertion est fondée. Qui sait si cette extrême rareté ne trouve pas sa source principale dans l'ignorance où étaient les praticiens sur cette maladie? En effet, depuis un an, l'attention est éveillée en France sur ce sujet, et déjà environ six cas ont été observés, seulement à Paris. Pense-t-on qu'on n'en trouverait pas plus d'un cas parmi ces nombreux aveugles qu'on trouve sur la voie publique? Je suis persuadé que si les praticiens dirigeaient leurs recherches sur ce point, les cas de *xérophthalmie* paraîtraient moins rares.

L'histoire de cette maladie étant encore à faire, la nature doit être entendue la première : je vais donc laisser parler les faits. Je me permettrai ensuite quelques réflexions. Je voudrais bien, si je ne craignais la prolixité, présenter toutes les observations de *xérophthalmies* avec tous leurs détails; mais je me contenterai aujourd'hui de tracer l'histoire détaillée du sujet qui est en ce moment dans les salles de M. Velpeau, et du cas observé par M. Dupré, dans le service de M. Sanson, à l'Hôtel-Dieu. Quant aux autres observations, j'en présenterai un résumé succinct, mais suffisant pour servir à l'étude de la maladie. Mais ce que je désire le plus, c'est d'introduire dans la science le fait suivant ; mon travail ne présenterait-il que cet avantage, qu'il mériterait encore quelque attention de la part du lecteur.

OBSERVATION PREMIÈRE.

A l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 28, clinique de M. le professeur Velpeau, est couché le nommé Soisson (Pierre), de Ségur (Cantal), âgé de quarante-cinq ans. Il a cinq pieds trois pouces ; il est bien musclé et doué d'une bonne constitution. A l'âge de vingt-quatre ans il a quitté Ségur, où il était domestique. Il a séjourné ensuite à Lyon pendant cinq ans chez un négociant, et depuis seize ans il est garçon d'hôtel à Paris. Il s'est toujours bien nourri ; il n'a jamais habité de lieux froids et humides ; il n'a jamais passé les nuits dans les champs. Ses parents n'ont point éprouvé de maladies d'yeux graves. A l'âge de cinq ans Soisson a eu la variole, qui a failli lui devenir funeste ; immédiatement après, sa tête s'est couverte de gourmes qui ont persisté pendant trois ans. Environ six mois après la variole et en même temps que les gourmes, les ganglions sous-maxillaires gauches se sont engorgés ; à la suite un abcès s'est formé au-dessous de la région parotidienne du même côté. Cet abcès s'est ouvert spontanément après trois semaines, et a fourni du pus pendant plus d'un an. Enfin l'ouverture s'est fermée ; on voit encore ajourd'hui les traces de la cicatrice. Peu de temps après l'ouverture spontanée de l'abcès, l'oreille gauche a fourni un suintement séro-purulent qui persista pendant environ douze ans. L'oreille droite et les ganglions sous-maxiliaires du même côté n'ont jamais été affectés. Soisson n'a jamais éprouvé de douleurs dans les oreilles ; il n'a parlé que de quelques élancements passagers à la tête en mars 1836. Il a eu deux fois la gale, à dix-sept et à vingt-trois ans. Il nous dit s'en être toujours débarrassé après trois semaines de traitement. Il n'a pas employé le soufre ; il se frottait les parties affectées avec une pâte composée avec du beurre et du bois de cerisier. Dans les deux cas, la guérison n'a été entravée ni suivie d'aucun accident. A l'âge de vingt-neuf ans, Soisson a contracté la syphilis.

---

(1) Ueber die Krankheiten des Thrœnenorgans, ou sur les maladies des organes lacrymaux. wien, 1803, p. 55.

(2) Synopsis of the diseases of the eye.

(3) London medical Gazette, 15 avril 1833.

(4) Essai sur le xérosis de la conjonctive (Thèse. Paris, 1836, num. xxi.)

Un écoulement qui a persisté plusieurs mois a été accompagné de chancres à la verge, d'ulcérations dans le fond de la gorge et dans la bouche. Il dit qu'il ne s'est jamais soumis à aucun traitement antisyphilitique régulier; il n'a employé aucune préparation mercurielle. Les chancres de la verge ont disparu, mais le malade nous dit qu'il en reste encore des traces dans le fond du gosier. Cependant nous ne trouvons sur le pilier gauche que quelques places rouges; mais à la partie antérieure de la voûte palatine, on voit une large plaque blanchâtre sur laquelle la peau est plissée. Il n'a jamais été affecté de rhumatisme. Il ne nous présente aucun signe de scorbut. Il n'a jamais eu de dartres. Il nous assure, à plusieurs reprises et à différents intervalles, que jusqu'en 1830 ses yeux ont toujours été parfaitement sains. Jusqu'à cette époque, jamais la moindre rougeur, la moindre douleur; sa vue était si bonne, que ses amis le consultaient dans l'occasion. Vers le mois de septembre 1830, sans cause appréciable, l'angle externe de l'œil gauche devint rouge et tant soit peu douloureux. Bientôt l'inflammation s'empara de toute la conjonctive; mais il paraît qu'elle ne fut pas intense, puisque le malade continua de se livrer à ses occupations, se contentant de bassiner son œil avec un liquide émollient. Peu de temps après, l'inflammation se porta sur l'œil droit, puis revint sur le gauche. Ce passage d'une inflammation légère d'un œil sur l'autre, dura plus de quatre ans sans que le malade en fût affecté et sans que la vision en eût reçu une altération sensible. Il nous assure que pendant tout ce temps ses yeux étaient larmoyants comme à l'ordinaire.

Mais il y a environ dix-huit mois que, sans cause connue, le malade dit avoir senti comme une peau qui partait de l'angle externe de l'œil gauche, s'avançait vers l'interne; cette peau, selon lui, allait en s'épaississant, et voilait de plus en plus la vue. L'œil devint sec. Cependant le malade nous dit que l'impression subite d'une vive lumière lui faisait répandre quelques larmes; peu à peu il sentait que sa vue s'affaiblissait de ce côté. Cinq mois après, les mêmes phénomènes se présentèrent sur l'œil droit. Désirant alors recevoir les secours des chirurgiens, il séjourna pendant cinq mois, à deux fois, à l'hôpital Saint-Louis, d'abord dans le service de M. Gerdy, ensuite dans celui de M. Biet. Ces praticiens distingués ont mis à contribution une foule de moyens thérapeutiques, mais aucun n'a apporté la moindre amélioration. Le malade nous affirme que la vue a considérablement diminué depuis que M. Biet a fait sécher le vésicatoire que M. Gerdy avait ordonné. Quoi qu'il en soit, l'ayant soumis à notre observation, le 28 janvier 1837, nous avons observé les phénomènes suivants :

OEil gauche. — La paupière supérieure, d'un rouge vif sur son bord libre, et d'une couleur un peu brune à la surface externe, est tuméfiée et présente de petites bosselures qui glissent sous le doigt; l'inférieure est à peu près dans l'état normal, sauf la rougeur de son bord libre. Elles jouissent toutes deux d'une mobilité assez peu marquée; car leurs mouvements sont gênés par le rapprochement anormal des deux angles, surtout de l'angle externe, rapprochement qui est dû, comme je le dirai bientôt, à des adhérences de la conjonctive oculaire avec le bord libre des voiles membraneux. Les cils, châtains, sont tombés en grande partie; ceux qui restent, et ils sont moins rares à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, sont bien plantés. La caroncule lacrymale, atrophiée et recouverte par la conjonctive, ne laisse presque plus de traces de son existence. La conjonctive oculaire, épaissie et sèche sur tous les points, adhère immédiatement au bord libre des paupières, dans toute leur étendue, excepté à la partie supérieure de la cornée, où on distingue très-bien la conjonctive oculaire et la palpébrale. Dans cette partie, où les deux conjonctives forment une espèce de cul-de-sac, l'œil est moins sec. Cette adhérence, en rapprochant les angles des paupières, donne à l'œil un aspect irrégulier. La conjonctive forme sur la face antérieure de l'œil des brides et des replis; ces replis entourent la cornée d'un bourrelet qui devient plus ou moins saillant, selon les mouvements de l'œil. On ne peut apercevoir aucun vaisseau au-dessous de la conjonctive. Cette membrane est partout d'une couleur terne; on ne peut mieux la comparer qu'à une pellicule d'ognon desséché; elle présente çà et là quelques points plus ou moins blancs. La cornée offre un aspect rugueux; on voit à la partie inférieure et un peu externe une ulcération profonde. Ce n'est qu'avec peine qu'à travers le peu de transparence et l'aspect nébuleux de la cornée, on entrevoit comme au milieu d'un brouillard la pupille déformée et ne présentant aucune mobilité, quelque moyen que l'on emploie. Les mouvements de l'œil, quoique libres dans tous les sens, sont cependant limités par les adhérences dont nous venons de parler.

OEil droit. — Les paupières sont à peu près dans le même état, si ce n'est que le rapprochement de leurs angles par les adhérences de la conjonctive étant moins prolongé, l'œil est plus ouvert que celui du côté opposé. Les cils sont en aussi petit nombre, mais moins bien plantés; à l'angle interne de la paupière supérieure, il y en a plusieurs qui sont dirigés en dedans. La caroncule lacrymale est dans le même état; les orifices des glandes de Meïbomius et les points lacrymaux paraissent s'oblitérer autour de la cornée; les brides, les replis et le bourrelet que forme la conjonctive oculaire, sont moins prononcés. Cette membrane est moins épaisse, moins terne, et tant soit peu moins sèche; latéralement, elle se continue aussi directement avec le bord libre des paupières; mais au niveau de la cornée, on distingue en haut et en bas les deux conjonctives. Au-dessous de la conjonctive, on aperçoit quelques vaisseaux, qui sont d'autant plus visibles, qu'on les examine plus près de la cornée. Celle-ci ne présente pas, à beaucoup près, autant d'irrégularité que du côté gauche; elle est moins nébuleuse, et laisse mieux voir la pupillle, qui n'offre pas plus de contractilité que du côté opposé. En un mot, l'aspect général de l'œil est moins pâle, moins sec, moins cadavérique.

Le malade n'accuse aucune gêne ni aucune sécheresse dans le canal nasal et dans les fosses nasales. En examinant avec soin l'angle externe des deux yeux, on n'aperçoit aucune saillie formée par la glande lacrymale. Après avoir ainsi examiné les phénomènes locaux, nous avons interrogé les fonctions de l'organe malade. Nous n'avons pas à considérer les deux yeux en particulier, puisque, sous ce rapport, ils sont identiques. La vue est considérablement affaiblie; les objets ne sont aperçus qu'à travers un brouillard épais; le malade ne peut pas même les distinguer à quelque distance et dans quelque position qu'on les lui pré-

sente ; je me suis même convaincu, à plusieurs reprises, qu'il ne voit même confusément les objets que quand ils sont placés entre une vive lumière et lui ; hors de cette position, il ne les aperçoit pas. Cependant il distingue assez bien la couleur blanche ; ainsi, il montre du doigt les élèves placés autour du lit et portant un tablier blanc. Il peut fixer, sans en être incommodé, une chandelle allumée placée très-près de ses yeux. J'ai humecté ses yeux à plusieurs reprises, et j'avoue que sa vue n'a présenté aucune amélioration, même passagère. La surface antérieure de l'œil supporte sans douleur et presque sans incommodité le contact du doigt ou de la barbe d'une plume que l'on promène sur elle. M. Velpeau, en notre présence, s'est servi de tabac, de pellicule d'ognon, d'ammoniaque même pour exciter la sécrétion des larmes ; mais l'œil est resté sec. Le malade nous dit cependant que quelquefois ses yeux s'humectent un peu par l'impression subite d'une vive lumière ; j'ai tenté ce moyen à plusieurs reprises, il ne m'a jamais réussi.

Les sens correspondants de l'odorat, de l'ouïe et du goût remplissent parfaitement bien leurs fonctions respectives.

M. Velpeau a soumis le malade à l'usage de la pommade de nitrate d'argent, non pas dans l'espérance de le guérir, mais dans l'intention de le conserver quelque temps dans l'hôpital, afin que les nombreux élèves qui suivent sa clinique puissent l'examiner attentivement. Il se propose d'exciser les brides. Nous compléterons cette observation quand Soisson sortira de l'hôpital.

Observation deuxième (1).

Nicolas Pasquet, âgé de vingt-six ans, d'abord berger, ensuite manœuvrier, fut reçu, le 27 mars, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 45, pour un xérosis des conjonctives des deux yeux. Doué d'une bonne constitution, cet homme n'a jamais présenté de symptômes de gale, d'affection vénérienne ni de scrofules; et, sauf une ophthalmie dont on ignore la nature, il a toujours joui d'une santé parfaite. A l'âge de quatre ou cinq ans, Pasquet avait sur la tête des croûtes jaunâtres qui fournissaient un suintement abondant, supprimé presque subitement par l'emploi de substances qu'il ne connaît pas. Peu de jours après cette suppression, les deux yeux, jusque-là parfaitement sains, sont envahis par une ophthalmie avec gonflement des paupières, rougeur de l'œil, impossibilité de supporter la lumière. Le malade ne peut dire si à cette époque la sécrétion des larmes était augmentée ou diminuée, ou bien si les yeux fournissaient un écoulement purulent. Des sangsues aux tempes, à diverses reprises, des vésicatoires au cou et aux bras, des collyres dont on ignore la composition, diminuèrent l'intensité de la maladie, sans la faire disparaître complétement. Jusqu'à l'âge de quatorze à quinze ans, les yeux restèrent rouges larmoyants, sensibles à la lumière ; de temps en temps ces symptômes s'exaspéraient, et alors des sangsues, des collyres soulageaient le malade sans le guérir. Pendant ce temps, le malade conserva sur le bras un vésicatoire, qui fut transformé en cautère, qu'il porte encore aujourd'hui. A cette époque, on lui insuffla sur les yeux du sucre en poudre, qui ne produisit aucun effet. A l'âge de dix-sept ans, il consulta un oculiste ambulant, qui lui donna une poudre blanche dont il ignore le nom, mais qui, grillée sur une pelle à feu, devenait rougeâtre et compacte; on écrasait cette substance rougeâtre et on en saupoudrait les yeux deux fois par jour. Chaque fois, l'emploi de cette poudre produisait une vive douleur ; et, après quinze à vingt jours, s'apercevant que sa vue diminuait, que la rougeur et la douleur augmentaient, le malade lui substitua un collyre d'eau blanche. Après un mois ou deux de l'emploi de ce collyre, la rougeur, la douleur, le larmoiement avaient disparu de l'œil gauche, qui était alors complétement sec ; le malade continua l'usage de son collyre, et bientôt l'œil droit se trouva dans le même état que le gauche, et tels qu'ils sont encore aujourd'hui tous les deux. Depuis l'âge de dix-huit à vingt ans, le malade est sujet aux céphalalgies et aux étourdissements.

Œil gauche. — Le 30 mars, les paupières sont un peu tuméfiées, parcourues par un réseau veineux assez développé, mobiles, conservant leur direction normale, et peuvent recouvrir l'œil exactement. Les cils, châtains, peu nombreux, bien plantés, ne présentent pas de direction vicieuse ; les points lacrymaux sont oblitérés ; la caroncule lacrymale est blanchâtre, aplatie, à peine reconnaissable ; on ne distingue plus les orifices des glandes de Meïbomius ; la conjonctive palpébrale et oculaire, d'un blanc grisâtre, comme recouverte de poussière, est sèche, forme un grand nombre de plis et des rides partout, excepté cependant sur la cornée, qui semble comme taillée à facettes ; au-dessous de cette membrane, on aperçoit de petits vaisseaux rougeâtres, surtout à l'angle interne. Les mouvements de l'œil peuvent s'exécuter, comme dans l'état normal, en haut, en bas et en dehors ; mais lorsque le malade le porte dans ce dernier sens, la conjonctive se ride en dehors de la cornée, et forme une espèce de troisième paupière, qui vient recouvrir cette cornée dans une étendue d'une ligne et demie à deux lignes ; lorsqu'au contraire le malade veut porter l'œil en dedans, quelques plis, moins prononcés qu'en dehors, viennent encore recouvrir le côté interne de la cornée ; mais une bride partant de l'angle externe de l'œil, où elle adhère aux deux paupières, pour se rendre sur le bord externe de la cornée, ne permet pas à celle-ci de se porter en dedans aussi loin que dans l'état normal. La conjonctive paraît plus épaisse sur la moitié inférieure de la cornée que sur sa moitié supérieure, où l'on distingue assez bien l'ouverture de la pupille, qui ne présente rien de particulier. En examinant avec soin l'angle externe de l'œil, on n'aperçoit aucune saillie, aucune tumeur formée par la glande lacrymale.

Œil droit. — Les paupières sont dans le même état qu'à gauche, seulement leur angle externe est réuni dans l'étendue de deux à trois lignes; les glandes de Meïbomius, les cils, les points lacrymaux, sont comme du côté opposé. La conjonctive présente aussi le même aspect ; mais les plis qu'elle forme sont moins prononcés, et s'avancent sur la cornée dans une moindre étendue qu'à gauche ; les mouvements, encore possibles, sont cependant plus limités que dans l'œil opposé, et surtout que dans l'état normal ; on distingue très-bien la pupille dans toute son étendue.

Le malade distingue assez bien les objets, mais cependant d'une manière moins nette qu'avant le xérosis. L'œil droit, selon lui, est meilleur que le gauche ; il

(1) Dupré, thèses, Paris, 1836, num. XXI.

reconnaît très-bien les personnes, et peut distinguer une pièce d'un franc à la distance de sept à huit pieds; de son lit, placé au milieu de la salle, il peut apercevoir le drapeau qui flotte sur les tours Notre-Dame, mais il n'en distingue pas les couleurs; il peut fixer le soleil beaucoup mieux que d'autres malades dont les yeux sont sains; lorsqu'il veut voir d'une manière plus nette, il humecte ses yeux avec de la salive ou de l'eau, et il prétend qu'en les mouillant avec son urine l'effet est encore plus marqué. En écartant les paupières, on peut promener au-devant des cornées et sur toute la surface de l'œil les barbes d'une plume ou le doigt sans que le malade en soit incommodé et détourne l'œil; c'est à peine s'il sent le corps qui touche, pourvu qu'on ait le soin de tenir les paupières écartées, de manière à ne pas toucher les cils; des ognons coupés par morceaux et placés au-devant des yeux, les paupières étant écartées, ne déterminent ni rougeur, ni gonflement, ni sécrétion, et ne font éprouver au malade aucune sensation, si ce n'est un picotement très-léger sur l'œil droit, qui n'en reste pas moins sec. Les fosses nasales ne paraissent pas plus sèches que chez un sujet bien portant; le malade n'y éprouve aucun sentiment de sécheresse, et sent très-bien le tabac, dont il fait habituellement usage. Le malade se plaint d'une céphalalgie frontale assez intense; il entend très-bien, et les autres fonctions s'exécutent comme dans l'état normal.

M. Sanson, après avoir employé différents moyens, excisa la conjonctive sur l'œil gauche; mais le malade, après plus de trois mois de séjour dans l'hôpital, en sortit à peu près dans le même état que lors de son entrée.

OBSERVATION TROISIÈME.

Le sujet de cette observation est un robuste vigneron, âgé de vingt-trois ans, présentant quelques traits de diathèse scrofuleuse, et n'ayant jamais contracté la syphilis. A la suite d'une ophthalmie aiguë à l'œil droit, une tumeur inflammatoire se développa au niveau de l'échancrure sus-orbitaire du même côté, et donna issue à une suppuration abondante par la surface oculaire de la paupière supérieure. Bientôt le malade éprouva des douleurs sourdes dans cette région, la vue diminua peu à peu, et la sécrétion lacrymale cessa. Antiphlogistiques, révulsifs, collyres de toute espèce ont été employés sans succès. Le 31 mars 1836, il entre dans le service de M. le professeur Velpeau. Je crois inutile de décrire ici les phénomènes que présente l'œil malade; ils sont à peu près les mêmes que dans les deux descriptions précédentes. Notons néanmoins que, lorsque les paupières se rapprochent, il s'opère sur le milieu du bord palpébral inférieur un ectropion. On trouvera d'ailleurs cette description dans le n° 20 de la *Gazette médicale* 1836. Quant aux fonctions de cet organe, elles sont encore dans le même état que dans la première observation. Toutefois, le malade nous a dit qu'en humectant l'œil avec un liquide quelconque, il voit les formes des objets se dessiner d'une manière moins confuse. L'œil gauche remplit très-bien ses fonctions et paraît parfaitement sain; cependant l'appareil sécrétoire a un peu diminué. Quant au traitement, M. Velpeau a employé une foule de moyens qui ont tous échoué. L'électro-puncture, les vésicatoires volants sur la face cutanée des paupières, n'ont pas mieux réussi. Le malade est sorti de l'hôpital dans le même état que lors de son entrée.

OBSERVATION QUATRIÈME (1).

Agnès Kinnon, âgée de vingt-six ans, est admise à l'hôpital de Glascow, le 26 mars 1833, à la suite d'un coup qu'elle reçut, il y a huit ans, sur l'œil gauche; elle a été depuis sujette à des ophthalmies. On voit, en effet, sur le bord libre des paupières les traces d'une longue inflammation. La conjonctive gauche, d'une couleur blanchâtre en plusieurs points, semble transformée en peau. La sécrétion lacrymale sur cet œil est moindre que sur celui du côté opposé. Toujours du côté gauche, il y a une légère inversion des paupières, et plusieurs cils vicieusement dirigés frottent sur la conjonctive. On voit plusieurs vaisseaux sous cette membrane. Rien n'a été pratiqué pour combattre l'ectropion, on s'est contenté d'arracher les cils (*Voir* la traduction dans les *Archives générales de médecine*, deuxième série, t. IIe).

OBSERVATION CINQUIÈME. (2).

Le sujet de cette observation est un nommé Lindy, âgé de cinquante et un an. A l'âge de vingt et un an, après la suppression d'une blennorrhagie, il fut pris d'ophthalmie chronique des deux côtés, d'ectropion, puis d'une paralysie presque complète des paupières supérieures. A la suite d'opérations pratiquées par le professeur Boyer, en 1814, contre ces affections, la paupière supérieure de l'œil droit fut tellement raccourcie, qu'elle ne put plus recouvrir l'œil; du côté gauche, le raccourcissement était moindre. Les cils, peu nombreux des deux côtés, ont cependant une bonne direction, à l'exception de ceux de la paupière supérieure droite qui frottent sur la cornée. La conjonctive est partout desséchée, plissée. La cornée des deux côtés est aussi desséchée, blanchâtre, presque opaque, ou comme si elle avait été couverte de poussière fine. On distingue à droite ou à gauche la pupille et l'iris; les deux yeux ont perdu leur brillant; le malade sent à peine le doigt que l'on promène sur leur face antérieure; les narines sont humides et libres; la vision est affaiblie; cependant le malade distingue les gros caractères d'un livre, à la distance de huit à dix pouces.

OBSERVATION SIXIÈME (3).

Warneckin, âgée de quarante-neuf ans, ayant eu dans son enfance des glandes engorgées, un écoulement par les oreilles et une ophthalmie scrofuleuse, réglée à quinze ans, mariée à vingt-quatre, eut neuf enfants dans l'espace de dix ans. Pendant sa dernière couche, les deux yeux furent atteints d'une forte inflammation, qui s'accompagna d'un ectropion des deux paupières. Pendant qu'elle allaitait encore son enfant, on fit sur l'œil gauche une opération très-douloureuse, sans résultat avantageux. Quoique l'œil droit fût enflammé et douloureux, la malade ne voulut pas le laisser opérer, parce que l'œil gauche s'obscurcissait de plus en plus depuis la première opération. Les

(1) Mackenzie, *London médical Gazette*, 13 avril 1833.
(2) Thèse de M. Klingsohr.
(3) Thèse de M. Klingsohr.

choses restèrent dans cet état pendant vingt ans.

État des parties au premier examen. — OEil gauche. — Lorsque la malade veut fermer les paupières, l'inférieure, dont les cils sont blonds, très-fins, et tournés du côté de la conjonctive, recouvre toute la face inférieure de l'œil; mais la supérieure, raccourcie par la première opération, dégarnie de cils à sa partie moyenne, ne peut s'abaisser complétement, et laisse apercevoir la plus grande partie de la cornée, ce qui constitue une véritable lagophthalmie. La caroncule lacrymale est unie, desséchée, difficile à distinguer; oblitération des points lacrymaux; les mouvements du globe oculaire libres. La conjonctive, desséchée, jaunâtre, comme couverte de sable, forme un grand nombre de plis dont quelques-uns, surtout en haut, s'avancent sur la cornée et simulent une troisième paupière. La cornée, sans éclat, est troublée comme si elle avait macéré pendant quelques jours; l'iris, d'une couleur brune, est difficile à reconnaître, et on aperçoit à peine l'ouverture de la pupille. La malade voit ordinairement ce qui se passe autour d'elle, mais à travers un épais brouillard; exposée au soleil, elle prétend ne rien distinguer et souffrir beaucoup.

OEil droit. — Les deux paupières recouvrent très-bien l'œil; les cils sont dirigés du côté de l'œil; le point lacrymal supérieur semble être à l'état normal; tandis que l'intérieur, très-gros, paraît gêné dans ses fonctions. La conjonctive, non desséchée, humide, presque suintante, présente encore quelques plis peu prononcés autour de la cornée, au côté interne de laquelle existe un pignecule. Lorsque la malade pleure, de vives douleurs se manifestent, surtout à l'œil gauche, qui fournit à peine deux ou trois larmes sanguinolentes, tandis que sur l'œil droit il se fait un amas considérable de larmes. Les narines sont libres et humides (Extraits de la Thèse de M. Dupré).

OBSERVATION SEPTIÈME.

Albert Kolb (Ammon), enfant de neuf mois, fut atteint, peu de temps après sa naissance, d'une ophthalmie des nouveau-nés. Au bout de trois mois, ectropion des paupières supérieures et inférieures; direction des cils du côté du globe oculaire; conjonctives oculaires d'un blanc jaunâtre, desséchées et traversées par des vaisseaux sanguins; staphylôme des cornées; les yeux sont mobiles, et l'enfant semble chercher la lumière.

Il est évident que les observations que nous venons de citer, et ce sont à peu près toutes celles que la science possède, ne sont point encore en assez grand nombre pour qu'on puisse présenter une histoire complète de la xéropthalmie. Aussi n'ai-je pas cette prétention; je me contenterai, pour compléter autant que possible ce petit travail, de mettre sous les yeux du lecteur les opinions des médecins qui se sont occupés de cette affection.

Un lecture un peu attentive des deux premières observations suffit pour donner une idée précise des caractères extérieurs de cette maladie. L'inspection d'un œil ainsi affecté grave bientôt dans la mémoire les traits de la xérophthalmie. Par exemple, le cas qui est en ce moment dans la clinique de M. Velpeau est de nature à rendre toute méprise impossible, pour ce qui est de la symptomatologie de cette affection. Mais derrière les symptômes sont les causes, et là est l'obscurité. On a cherché à se rendre compte des phénomènes principaux de la xérophthalmie; ainsi on a cru en trouver une explication satisfaisante dans l'oblitération des canaux excréteurs de la glande lacrymale; mais, outre que cette assertion est toute gratuite, puisque, comme l'a fait remarquer M. Velpeau, et comme l'a dit M. Cade (1), des investigations anatomiques n'ont pas encore été faites dans ce sens, cette oblitération serait-elle démontrée, qu'on ne pourrait pas trouver là une cause suffisante pour expliquer la *cutisation*, la *sécheresse complète* de la conjonctive. Car, comme l'observe fort bien M. Dupré (2), la muqueuse conjonctivale, comme toutes les autres muqueuses, sécréterait encore assez de mucosités pour humecter l'œil et lui conserver sa transparence, si elle était elle-même affectée d'une altération particulière. D'ailleurs, les expériences de M. Magendie ne prouvent-elles pas que l'humidité de l'œil et sa transparence existent après l'extirpation de la glande lacrymale? On a encore cherché la cause de cette maladie dans une lésion de la cinquième paire. Il est vrai que, d'après les expériences de M. Magendie, cette lésion pourrait rendre compte de quelques symptômes isolés, mais il en est plusieurs de très-saillants qui ne sauraient trouver leur origine dans cette lésion. Comment expliquer ainsi, dit M. Cade, l'épaississement de l'hépithélium conjonctival, l'oblitération des points lacrymaux, l'atrophie des glandes de Meïbomius? Le docteur Ammon, de Dresde, ayant rencontré la xérophthalmie souvent compliquée d'ectropion, en a conclu que l'opération que nécessitait cette dernière affection pouvait produire la première (3). Sans nous arrêter à discuter la plus ou moins grande valeur qu'on doit accorder à cette idée, nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur les observations, et nous verrons que sur les sujets affectés d'ectropion, deux seulement ont été opérés, et encore n'est-il pas dit si la xérophthalmie était ou non préexistante à l'opération. Plusieurs sujets n'ont pas même été affectés d'ectropion. M. Dupré est même porté à penser que cette opération, loin d'être nuisible, serait au contraire un moyen salutaire, puisqu'elle ferait cesser l'inflammation entretenue par le contact des cils vicieusement dirigés (4).

Toutes ces explications sont, comme on le voit facilement, plus ou moins hasardées, et sont, par conséquent, loin d'offrir quelque chose de positif. Mais si, mettant de côté toutes ces idées, nous examinons attentivement les faits, nous voyons que, dans tous les cas, une ophthalmie plus ou moins intense, de plus ou moins longue durée, a précédé la maladie. Il faut donc noter ce fait général, qui aidera les recherches sur l'étiologie.

M. Mackenzie semble voir dans l'inflammation chronique de la conjonctive la cause de la maladie qui nous occupe, et j'avoue, avec M. Dupré, que c'est là l'opinion la plus plausible. La xérophthalmie ne serait-elle pas due, dit M. Velpeau, à l'atrophie, à l'oblitération des follicules, des villosités de la conjonctive, atrophie que certaines inflammations prolongées de ces élé-

---

(1) *Gazette médicale*, 14 mai 1836.
(2) Thèse citée.
(3) *Zeitschrift für die ophthalmologie.*
(4) Thèse citée.

ments anatomiques ou de la conjonctive elle-même expliqueraient assez bien ?

Quant à l'espèce d'ophthalmie qui déterminerait plus particulièrement cette maladie, M. Mackenzie pense que c'est l'ophthalmie scrofulo-catarrhale; mais nous ne possédons pas encore assez de faits pour pouvoir nous prononcer là-dessus. D'ailleurs, ne pourrions-nous pas nous demander, avec M. Velpeau, ce que c'est qu'une ophthalmie scrofulo-catarrhale?

Le pronostic de la xérophthalmie est des plus graves pour l'organe affecté. La cécité en est la conséquence inévitable, du moins dans l'état actuel de la science. Il est vrai que M. Cade parle d'une guérison qu'on lui a dit avoir été obtenue par la cautérisation de la conjonctive sur le bord circulaire de la cornée, avec le crayon de nitrate d'argent. Mais c'est là un *on dit*, et dans les sciences il n'en faut pas; il faut des faits, et des faits authentiques.

Une circonstance qu'il faut noter, c'est que les malades voient plus longtemps et beaucoup mieux que l'état physique de l'œil affecté ne le ferait supposer.

On a epuisé contre cette maladie une foule de moyens thérapeutiques; il n'est pas de collyres, pas de pommades, pas de solutions, pas de révulsifs qu'on n'ait employés. On a mis en usage l'électro-puncture, les vésicatoires volants ; on a cautérisé la conjonctive, on l'a excisée, on a coupé ses brides, etc., mais rien n'a réussi jusqu'à ce jour.

NÉCROLOGIE.

M. Desgenettes.

M. le baron Desgenettes, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, ex-médecin en chef des armées impériales, membre du conseil de santé des armées, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, etc., etc., est mort vendredi matin, 3 février ; ses obsèques ont eu lieu lundi matin. La Faculté de médecine, une députation de l'Institut et l'Académie de médecine, un grand nombre de savants et de littérateurs, et les élèves de l'École de médecine ont assisté à cette cérémonie. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe ; voici celui qui a été prononcé par M. le professeur Bouillaud, au nom de la Faculté.

M. Desgenettes (René-Nicolas-Dufriche) naquit à Alençon, en 1762, d'une ancienne famille. Après avoir voyagé en Italie et en Angleterre, où il eut quelques liaisons avec le grand Mirabeau, il se rendit à Montpellier pour étudier la médecine, et il y reçut le grade de docteur, le 6 juillet 1789, année fameuse entre toutes les autres. La thèse qu'il soutint devant la Faculté roulait sur la physiologie des vaisseaux lymphatiques. Ce fut à Montpellier, alors, la terre classique de la médecine, que, en présence des professeurs, des docteurs, des étudiants, et de tout ce qui s'occupait de science à Montpellier, M. Desgenettes, après avoir fait plusieurs injections partielles des vaisseaux lymphatiques sur les animaux, démontra en son entier le système absorbant de l'homme. A cette occasion, Barthez, parlant au nom de la Faculté, Barthez dit à M. Desgenettes : « Vous nous avez ramené Vieussens et mieux. — Je n'ai fait que démontrer les travaux de M. Paul Mascagni, » répondit modestement M. Desgenettes. A Montpellier, M. Desgenettes fréquenta, outre Barthez, les Chaptal, les Fouquet, les Broussonnet, etc. Abandonnant Montpellier pour Paris, M. Desgenettes, qui était neuveu de l'un des plus célèbres Girondins, eut des relations politiques dont il nous a conservé le souvenir dans ses *Mémoires*, mais sur lesquelles ce n'est pas le lieu de nous arrêter ici. Enfin, le 21 février 1793, il vit s'accomplir le dessein qu'il avait depuis longtemps d'entrer dans la carrière de la médecine militaire : il reçut du conseil exécutif un brevet de médecin ordinaire de l'armée d'Italie. En se rendant à son poste, il vit pour la première fois, à Fréjus, un homme qui devait plus tard exercer sur la France et l'Europe un si puissant empire. Voici comment il raconte lui-même cette entrevue : « Assis à une table autour de laquelle soupè-
» rent une trentaine d'officiers, je remarquai deux chefs
» de bataillon des milices corses qui se traitaient de
» frères... L'intérêt toujours croissant que m'inspirè-
» rent ces deux inconnus me fit désirer de savoir leur
» nom. Un sous-officier corse auquel je m'adressai à
» cet effet, me répondit : Ils se nomment Bonaparte.
» Celui qui paraît le plus jeune est pourtant le plus
» vieux, c'est Joseph ; l'autre, le canonnier, est un fier
» militaire..... Vous entendrez parler un de ces ma-
» tins du cadet des Bonaparte.... Entre autres choses
» piquantes, Joseph dit à son frère : *On fait sur nos*
» *têtes un tapage épouvantable, et si on enfonçait le*
» *plancher, qu'en résulterait-il?* Napoléon répondit : *Cela dérangerait beaucoup sûrement l'armée d'Italie.* »

En 1796, M. Desgenettes encourut la disgrâce du gouvernement, provoquée par un rapport du conseil de santé des armées. *J'eus, au reste*, dit-il, *le courage de supporter cet affront, et de le mépriser même assez pour m'interdire toute espèce de justification.*

Lorsque (janvier 1796) M. Desgenettes quitta Nice, grand quartier-génralé de l'armée d'Italie, on y annonçait déjà tout haut que le *petit homme*, c'est-à-dire le général Bonaparte, prendrait très-prochainement le commandement de l'armée, et que tout changerait de face.

En l'an VI, M. Desgenettes fut nommé médecin en chef de ce qu'on appelait alors l'armée d'Angleterre, *avec autorisation de requérir les médecins dont il aurait besoin dans les lieux où ils pourront se trouver*. La prétendue armée d'Angleterre n'était autre chose que l'armée destinée à cette immortelle expédition d'Égypte, et qui porta plus tard le nom d'armée d'Orient. Nous allons voir figurer M. Desgenettes sur un grand théâtre. Il va quitter la France avec cette flotte qui portait *un autre César et sa fortune*, et avec ce héros, tant d'autres personnages qui devaient illustrer la France sous le double rapport de la gloire militaire et de la gloire scientifique, tels que les Kléber, les Desaix, les Fourier, les Monge, les Berthollet, les Larrey, et celui qui est aujourd'hui l'objet de cette triste cérémonie.

Après une traversée dont je n'ai point à rapporter les incidents, le drapeau tricolore flotta sur le rivage d'Égypte, et bientôt quarante siècles contemplèrent les prodiges de la valeur française, du haut de ces pyramides étonnées, pour ainsi dire, d'avoir trouvé quelque chose de plus grand qu'elles.

On sait avec quel zèle, avec quel courage, avec quelle gloire M. Desgenettes s'acquitta de la difficile mission qui lui était confiée. C'est par là que, comme un autre Paré, il se concilia, à un si haut degré l'estime, la con-

fiance et l'admiration de toute l'armée. Lorsque ce *mal qui répand la terreur*, plus fatal à l'armée que le cimeterre des Turcs, vint à la décimer, M. Desgenettes se multiplia en quelque sorte pour suffire à toutes ses occupations, à tous ses devoirs. Aussi, entendait-il demander comment, au milieu de tant de fatigues, il était inaccessible *à la contagion* (c'est ainsi qu'on nommait la peste). M. Desgenettes nous a lui-même appris le secret de cette heureuse préservation : *C'est alors*, dit-il, *que j'appréciai pour la première fois le bonheur rare d'une constitution qui, au milieu des plus grandes fatigues, me fait retrouver dans quelques heures de sommeil* LES FORCES DU CORPS ET LE CALME DE L'ESPRIT.

Cependant, les imaginations étaient épouvantées de l'idée de la contagion, et le courage de l'armée était ébranlé. Un moyen se présentait de calmer les frayeurs et de relever les courages abattus. Mais pour employer un moyen, aussi sublime que périlleux, il ne fallait rien moins que l'intrépidité dévouée du médecin en chef de l'armée d'Orient. Laissons-lui le soin de raconter lui-même avec une noble simplicité ce qu'il fit dans cette grave circonstance. « Ce fut, dit-il, pour rassurer les imaginations et le courage ébranlé de l'armée, qu'au milieu de l'hôpital, je trempai une lancette dans le pus d'un bubon appartenant à un convalescent de la maladie au premier degré, et que je me fis une légère piqûre dans l'aine et au voisinage de l'aisselle, sans prendre d'autres précautions que celle de me laver avec de l'eau et du savon qui me furent offerts. J'eus, pendant plus de trois semaines, deux petits points d'inflammation correspondant aux deux piqûres, et ils étaient encore très-sensibles lorsqu'au retour d'Acre je me baignai en présence de l'armée. » Voilà, sans contredit, un beau trait, et il vaut bien celui du général Bonaparte qu'un artiste célèbre, dans un tableau connu de tout le monde, nous a peint touchant du bout du doigt le pus dépravé qui s'écoule d'un bubon axillaire. Si le trait de M. Desgenettes n'a pas reçu les honneurs de la peinture, l'histoire, qui est le plus habile de tous les peintres, et dont la toile et les couleurs sont à l'abri de l'injure du temps, l'histoire en conservera le noble souvenir, et comme l'a dit Pinel, dans la description de la peste : *la postérité la plus réculée n'oubliera point cet exemple d'élévation de caractère et d'un courage calme et tranquille.*

C'est ici le moment de parler d'un autre fait qui honore aussi infiniment M. Desgenettes, et qu'il rapporte ainsi dans la dernière édition de son histoire médicale de l'armée d'Orient.

« Le temps est venu, dit-il, de s'expliquer sur un fait important. Le général Bonaparte m'avait fait appeler de grand matin, dans sa tente (à Acre), où il était seul avec son chef d'état-major. Après un court préambule sur notre situation sanitaire, il me dit : A votre place, je terminerais à la fois les souffrances de nos pestiférés, et je ferais cesser les dangers dont ils nous menacent, en leur donnant de l'opium. Je répondis simplement : « Mon devoir, à moi, c'est de conserver. » Alors le général développa sa pensée avec le plus grand calme, en disant qu'il conseillait pour les autres ce qu'en pareil cas il demanderait pour lui-même. Il me pria d'observer aussi qu'il était, avant qui que ce fût, chargé de la conservation de l'armée, et par *conséquent* d'empêcher nos malades délaissés de tomber vivants sous le cimeterre des Turcs. « Je ne cherche pas, continua-t-il, à vaincre vos répugnances, mais je crois que je trouverai des personnes qui apprécieront mieux mes intentions. »

Au retour de Syrie, le fait qui vient d'être rapporté donna lieu, dans la première séance de l'Institut d'Égypte à une discussion fameuse entre le général en chef et le médecin en chef de l'armée d'Égypte. M. Desgenettes déclare, avec cette noble franchise qui lui était naturelle, que *les torts furent réciproques*. Il ajoute que le *premier consul* ne parut pas se souvenir de ce débat, et que de grands témoignages de confiance ont prouvé que l'*empereur* l'avait oublié. *Histoire médicale de l'armée d'Orient*, pag. 246, 1835.

M. Desgenettes ajoute : « Le général Berthier resta muet pendant cet entretien ; mais il me témoigna un instant après qu'il approuvait mon refus.

« Ce ne fut, au reste, qu'à notre retour à Jaffa, et nulle part ailleurs que je puisse attester, que l'on donna à des pestiférés, au nombre de vingt cinq à trente, une forte dose de laudanum. Quelques-uns le rejetèrent par le vomissement, furent soulagés, guérirent, et racontèrent tout ce qui s'était passé. »

Tout en respectant les intentions du grand capitaine, on ne peut qu'applaudir à la conduite du médecin en chef de l'armée d'Orient. Napoléon l'approuva lui-même plus tard ; car, si je ne me trompe, je crois avoir entendu dire à M. Desgenettes, que causant un jour de ce fait avec l'empereur, il lui dit : « *A votre place*, j'aurais agi comme vous ; » non toutefois sans ajouter qu'à sa place, M. Desgenettes, à son tour, aurait donné le même conseil que lui.

Après que le général Bonaparte eut quitté d'Égypte, méditant déjà peut-être le coup d'État du 18 brumaire, il confia le commandement de l'armée à ce dieu de la guerre, à ce Kléber, dont il disait lui-même : *Rien n'est beau comme Kléber, un jour de bataille* (1). M. Desgenettes obtint toute la confiance, disons mieux, toute l'amitié du vainqueur d'Héliopolis. La veille du jour où il tomba sous le poignard d'un assassin fanatique, Kléber disait encore à M. Desgenettes : « On sait dans l'armée combien j'ai pour vous d'amitié, c'est une lettre de crédit dont il faut vous servir pour faire bien... Tirez sur moi hardiment, je ferai honneur à votre papier. » Belles paroles qui honorent également et celui qui les prononça et celui auquel elles s'adressaient.

Pour prix de ses services et de sa conduite en Égypte, particulièrement à Saint-Jean-d'Acre, M. Desgenettes fut nommé par le Directoire professeur-adjoint de physique médicale et d'hygiène à l'École de santé, devenue depuis Faculté de médecine de Paris, dont M. Desgenettettes devait, un peu plus tard, devenir un des plus illustres membres.

De retour en France en 1802, M. Desgenettes fut bien accueilli par le premier consul, fut nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Paris, et dix-huit mois après, inspecteur-général de santé des armées. C'est en 1802 que M. Desgenettes publia son *Histoire médicale de l'armée de l'Orient*. La description qu'il y a donnée des trois degrés de la peste de Jaffa est réellement un modèle de précision et de clarté. M. Pinel la

(1) On sait aussi que Kléber, bien qu'au fond il ne fut pas le meilleur ami de Bonaparte, s'était, après la bataille des Pyramides, jeté dans les bras de ce général, en s'écriant : *Général, vous êtes grand comme le monde !*

rendit *classique* en l'insérant dans sa *Nosgoraphie philosophique*. Ainsi, après avoir été le médecin de la peste d'Égypte, M. Desgenettes en devint l'historien, et, comme on l'a dit ailleurs, le *Thucydide*.

Après avoir, en 1805, été envoyé en Espagne pour observer l'épidémie qui avait ravagé Cadix, Alicante et Malaga, M. Desgenettes suivit plus tard nos armées victorieuses en Prusse, en Pologne, etc., continuant à donner des preuves toujours nouvelles du talent le plus distingué et du caractère le plus honorable. Il était aussi de cette trop fameuse campagne de Russie, et je dois rappeler ici un fait vraiment digne de lui. L'Empereur voulait transformer en caserne un hospice de Moscou, destiné aux enfants trouvés : aussi hardi en Russie qu'il l'avait été Égypte, M. Desgenettes dit à celui qui la projetait de craindre que la postérité ne le comparât à Hérode. « Hérode ! s'écria Napoléon ; comment Hé-
» rode peut-il se trouver ici, et à quoi cela pourrait-il
» ressembler ? *au massacre des innocents*, » répondit avec bonheur M. Desgenettes. L'ordre ne fut pas donné, et l'hospice fut conservé.

Dans la désastreuse et lamentable retraite de Moscou, M. Desgenettes fut pris par l'ennemi. L'empereur Alexandre lui fit rendre la liberté. Après la malheureuse bataille de Leipsick, il fut forcé de se réfugier à Tergau, et il revint enfin à Paris, au commencement de mai 1814.

Pendant la courte durée de la première restauration, il eut l'honneur de souffrir, et perdit quelques-unes de ses places.

Dans les cent-jours, M. Desgenettes fut nommé par Napoléon médecin en chef de l'armée et de la garde impériale, et il se trouva à la fatale bataille de Waterloo.

Après les cents-jours, il perdit cette double place ; en 1819, il fut rappelé au conseil de santé des armées.

Cependant, après 1815, M. Desgenettes put exercer plus pleinement qu'il ne l'avait fait jusque-là, ses fonctions de professeur d'hygiène et de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Il y fit briller la plus vaste érudition, fruit de la prodigieuse mémoire dont il était doué, et il déploya une verve d'esprit et une facilité d'élocution qui frappaient vivement l'attention de son auditoire ; déjà en 1809, il avait été chargé de porter la parole au nom de la Faculté, à l'époque de sa rentrée, et l'on voit par un passage de ce discours que si Napoléon avait oublié l'altercation du général Bonaparte en Égypte avec le médecin Desgenettes, M. Desgenettes ne l'avait pas moins oubliée. Voici ce passage, relatif à la création de l'université impériale : « Avant
» de terminer ce discours, nous ne pouvons nous dis-
» penser de nous féliciter sur la renaissance d'une in-
» stitution antique, respectable par ses services, portée
» au plus haut degré de perfection, embrassant aujour-
» d'hui l'ensemble de l'instruction publique de ce vaste
» empire, et aussi supérieure dans son renouvelle-
» ment au siècle qui la vit naître, que celui de *Napo-*
» *léon-le-Grand* est au dessus de celui de *Charlemagne*. »

Chargé de nouveau de prononcer le discours de rentrée de l'École de médecine, en 1814, c'est-à-dire à cette douloureuse époque où l'étranger *occupait* le territoire de la grande nation, M. Desgenettes s'acquitta, dit-on avec un rare bonheur d'une tâche aussi délicate.

Il ne fut pas aussi heureux (et c'est ici la seule expression qui convienne) lorsque en 1822, à la rentrée de la Faculté, il parla pour la troisième fois en son nom, et je suis forcé de m'arrêter un instant sur cet épisode important de la vie *orageuse* de M. Desgenettes ; en parlant des événemens qui vont suivre, je n'oublierai pas que l'on doit aux vaincus, comme aux morts, *paix et équité*. Il avait choisi pour sujet de son discours l'éloge de Hallé. Pendant le cours de sa lecture, il s'était élevé quelque agitation au sein de l'auditoire. Mais le tumulte fut bien plus grand lorsque l'orateur, en terminant son éloge, crut de son devoir de rappeler la profession de foi religieuse de M. Hallé. Voici les paroles qu'il prononça et la manière dont elles furent accueillies. « Nous croirions manquer à la mémoire de M. Hallé (interruption), nous croirions la trahir (interruption prolongée) ; vous auriez le droit de me traiter comme un lâche (*profond silence et attention générale*) si j'appréhendais de dire hautement ici que M. Hallé eut des sentiments de religion aussi sincères que profonds. Comme Pascal, il s'anéantissait devant la grandeur de Dieu. Une teinte de l'âme de Fénelon émoussait chez lui le rigorisme ; et comme il se croyait sans mission pour amener les autres à ses opinions, il se borna à prêcher d'exemple. »

Telles sont les belles paroles que le gouvernement d'alors trouva scandaleuses et presque impies. Quoi qu'il en soit, le tumulte se prolongea après la séance, et M. le recteur de l'Académie, qui la présidait, sortit comme il était entré, au milieu des murmures, des cris et des sifflets. Deux jours s'étaient à peine écoulés depuis cette fatale séance, que déjà, sans nulle enquête sur le principe des désordres qui avaient eu lieu, l'ordonnance de la *suppression* de la Faculté était signée.

Bientôt après onze professeurs de la Faculté furent destitués (M. Desgenettes était de ce nombre). Non, il est impossible qu'une mesure aussi sévère, aussi *barbare*, ait eu pour cause réelle ou du moins *suffisante* la scène tumultueuse dont nous venons de parler ; mais on y trouva le prétexte ou l'occasion d'appliquer à la Faculté ce déplorable système dit d'*épuration*. Quel système d'*épuration*, juste ciel ! que la destitution et pour ainsi la *fructidorisation* d'hommes aussi *purs* et aussi vénérables que les Pinel, les Chaussier, les de Jussieu, les Desgenettes, etc., etc., pour leur substituer... Mais j'ai promis paix aux vaincus, et je tiendrai volontiers ma promesse. Supportez, illustres victimes, supportez avec une courageuse et noble résignation cette dure épreuve : celui qui préside aux destinées du monde ne permet pas que les lois sacrées de la justice soient long-temps, impunément violées, et *il donne, quand il lui plaît, de grandes et sévères leçons aux rois de la terre eux-mêmes*. Voyez dans le lointain l'horizon politique se charger de nuages ; l'éclair a brillé ; la terrible foudre des révolutions a tonné ; trois journées d'une de ces insurrections qu'on a appelées du nom de saintes, ont à peine lui, et déjà le gouvernement qui vous avait frappés n'est plus.... et la restauration qui vous avait destitués est pour ainsi dire destituée à son tour.

Après la glorieuse révolution de juillet, M. Desgenettes et les autres professeurs encore vivants qui avaient été dépouillés de leur chaire, et en quelque sorte exilés de la Faculté, y furent enfin rappelés. Cette grande réparation fut accueillie avec enthousiasme.

Vers la même époque, un autre genre de réparation ne fut pas accueilli avec moins d'enthousiasme ; une chaire de pathologie et de thérapeutique générale fut créée et occupée par cet illustre auteur de la médecine physiologique, auquel jusque-là les portes de la Faculté avaient été si malheureusement fermées.

Ce fut vers la même époque que M. Desgenettes fut élu maire de son arrondissement, comme si, pour lui faire oublier plus complétement l'injustice dont il avait été l'objet, le pays eût voulu lui décerner une sorte de couronne civique.

Cependant, M. Desgenettes avait repris le cours de ses leçons, et sa voix septuagénaire n'avait en quelque sorte rien perdu de sa puissance, lorsque sur sa chaire il fut frappé d'un léger coup d'apoplexie, comme un général est frappé d'un coup de feu sur le champ de bataille; cet accident n'eut pas de suites graves. Cependant, à partir de là, M. Desgenettes ne monta plus sur la chaire, et fut remplacé par des agrégés. De nouvelles indispositions vinrent l'assaillir, et bientôt il ne put prendre part aux actes de la Faculté. Il profita de ce loisir professoral pour rédiger ses Mémoires, dont le troisième volume allait bientôt paraître, lorsqu'il nous fut ravi presque tout à coup, ayant conservé jusqu'au dernier moment toutes ses hautes facultés intelectuelles, et, en particulier, cette immense mémoire, cette lucidité de jugement, et ces saillies si spirituelles que tout le monde lui connaissait. Il m'en donna une nouvelle preuve lorsque, il y a quelques semaines, je lui fis une visite que je ne croyais pas devoir être la dernière. Hélas! en effet, lorsqu'il m'invita à lui lire, dans le volume de ses Mémoires qu'il allait achever, la solennelle et touchante description qu'il y fait des pompeuses obsèques de son illustre ami, le général Kléber, il ne s'attendait pas, et je ne m'attendais pas non plus que le moment était si prochain où il serait lui-même l'objet d'une cérémonie du même genre.

Mais il est temps de vous saluer d'un dernier adieu, vénérable collègue. Adieu donc, trois fois adieu, ô Desgenettes! Puissent vos précieux restes, se ranimant un instant, n'être pas tout à fait insensibles aux accents d'une voix respecteuse et dévouée!

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

FÉVRIER 1837.

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

(Suite et fin.)

2e Section. *Marche des grossesses extra-utérines quand l'œuf change de place.* — Les phénomènes de travail dont il vient d'être question nous mènent à parler de la marche des grossesses extra-utérines, dans le cas où, à une époque quelconque de leur durée, le produit de la conception quitte la place où il s'était développé jusqu'alors pour passer dans un domicile nouveau, ou pour être expulsé au dehors. C'est surtout cette période de la grossesse extra-utérine qui mérite d'être étudiée avec soin, parce que c'est celle qui peut réclamer de la manière la plus pressante les secours de l'art, et presque la seule qui les admette. Le phénomène fondamental, essentiel, qui ouvre cette période et la caractérise, c'est la rupture du kyste qui a renfermé jusqu'alors le produit de la conception. La première chose à considérer, c'est l'époque à laquelle elle s'opère.

« A quelle époque se termine la grossesse extra-
» utérine ?

» Habituellement avant le cinquième mois.

» Jusqu'à quelle époque le fœtus continue-t-il de
» vivre ?

» Rarement au delà du troisième ou du quatrième
» mois. »

C'est ainsi que la question que nous avons à examiner est posée dans un traité récent sur l'art des accouchements, et c'est ainsi qu'elle est résolue.

Nous ne croyons pas pouvoir procéder de la même manière.

La terminaison des grossesses extra-utérines, prises en général, est quelque chose de si divers et de si vague, que nous n'apercevons aucun but à une question qui n'admet que des réponses vagues et diverses. Serait-ce en effet, poser un principe que de dire que les grossesses extra-utérines peuvent se terminer en quelques semaines, comme elles peuvent durer cinquante ans? or, c'est là la réalité. Et si l'on se demande combien de temps peut vivre le fœtus dans la *grossesse extra-utérine*, sans tenir compte de la multiplicité et de la diversité de ces *grossesses*, on ne peut manquer de répondre par une erreur : car s'il est vrai que dans certaines grossesses extra-utérines le fœtus passe difficilement sans périr les premiers mois de son âge, il n'est pas moins vrai qu'il en est d'autres qui non-seulement lui permettent de vivre jusqu'au terme naturel de la gestation, mais dans lesquelles on est en peine de s'expliquer pourquoi il n'y vivrait pas même au delà de ce terme.

Il faut donc ici, de toute rigueur, procéder analytiquement, ne pas comparer en masse des faits hétérogènes, ne pas chercher une loi générale où il n'y a que des lois spéciales de possibles, et poser autant de principes qu'il y a de cas essentiellement différents à résumer. En d'autres termes, il faut étudier isolément la marche de chacun des genres de grossesses extra-utérines qui ne se ressemblent pas dans leurs phénomènes les plus importants, en prenant soin néanmoins de résumer, en dernier lieu, ce qu'il y a de commun entre tous ces cas.

A part les exceptions, qui sont peu nombreuses, les grossesses extra-utérines, considérées sous le point de vue de l'époque à laquelle se fait la rupture du kyste, se classent dans l'ordre suivant : grossesses interstitielles et tubo-interstitielles, grossesses tubaires, grossesses ovariques, grossesses sous-péritonéo-pelviennes, grossesses abdominales. Les faits manquent pour assigner dans cette classification une place positive aux autres sortes de grossesses extra-utérines. Dans les grossesses interstitielles, la rupture du kyste a lieu le plus ordinairement avant la fin du second mois; dans les tubaires, avant la fin du quatrième; dans les ovariques, bien peu plus tard que dans les précédentes; dans les grossesses sous-péritonéo-pelviennes, au neuvième mois, ou peu après; dans les abdominales, au neuvième mois, ou quelques mois, ou quelques années, ou même bien des années après. On peut citer, comme l'exception la plus notable à cette loi l'exemple d'une grossesse tubaire régulièrement développée jusqu'à neuf mois, observée par Saxtorph, de Copenhague, et publié dans les actes de la Société royale de médecine de cette ville.

La détermination de l'époque à laquelle se rompt le kyste des grossesses extra-utérines donne à peu près celle du terme de la vie du fœtus; car il périt nécessairement au moment où se déchire un kyste interstitiel, presque nécessairement quand c'est un kyste tubaire ou ovarique; et quant aux grossesses sous-péritonéale et abdominale, c'est généralement à neuf mois qu'il cesse de vivre, lors même que le kyste qui le renferme se conserve intact longtemps encore au delà de ce terme. Il faut savoir néanmoins que, dans quelques cas bien authentiques de cette dernière espèce, le fœtus a donné des signes indubitables de vie pendant plus de neuf mois, que l'autopsie, faite à une époque plus ou moins éloignée, a permis de constater, par l'état avancé de l'ossification du squelette du fœtus, la preuve que celui-ci avait vécu plus que la durée naturelle d'une

grossesse régulière, et enfin qu'on a même retiré vivants de la prison où ils avaient été renfermés des fœtus de plus de neuf mois. Ces divers cas seront cités plus loin.

Quelle que soit l'époque à laquelle survienne la rupture du kyste des grossesses extra-utérines, cette rupture donne lieu à une série de phénomènes qu'on peut distinguer en primitifs ou immédiats, et en secondaires, ou bien phénomènes de l'état aigu, et phénomènes de la marche chronique. Ces derniers sont à peu près les mêmes, quel que soit le genre de grossesse extra-utérine; les premiers diffèrent un peu dans les grossesses sous-péritonéo-pelvienne et abdominale de ce qu'ils sont dans les autres. Sabatier a décrit avec exactitude et concision deux cas où l'on trouve l'histoire à peu près complète de ce qui arrive dans toutes les grossesses interstitielles, tubaires ou ovariques. Ce chirurgien célèbre dit avoir vu deux femmes enceintes de quatre mois, chez lesquelles rien n'indiquait ce que leur état avait d'extraordinaire, si ce n'est des tiraillements fréquents dans l'abdomen et la tuméfaction irrégulière du ventre qui se portait d'un côté seulement. Elles éprouvèrent les symptômes suivants lors de la rupture des trompes : elles furent attaquées inopinément de douleurs extrêmement vives qui durèrent deux ou trois heures; une douleur plus forte que les autres fut suivie d'un calme parfait; le ventre s'affaissa et fut comme aplati; une chaleur égale et douce se répandit dans la cavité abdominale; la peau se décolora, il survint des syncopes presque continuelles; le pouls s'affaiblit et se concentra; une sueur froide se répandit sur toute la surface du corps, et les malades expirèrent. (Sabatier, *Méd. opérat.*, Ire, éditiou, t, 1, p. 343.)

Si les malades survivent, on voit survenir ultérieurement des phénomènes qui vont être exposés; phénomènes qui constituent la seconde période de la marche des grossesses interstitielles, tubaires ou ovariques, à partir de la rupture du kyste, et qui forment le début de la période inflammatoire des autres espèces.

Les premiers désordres qui suivent le déplacement du produit de la conception et le passage des eaux, du sang, du fœtus lui-même, et de ses dépendances, dans des parties non accoutumées à en supporter le contact, sont ceux d'une péritonite violente; il n'est pas nécessaire de les exposer ici. A partir de là, la marche de la maladie est diverse, selon que tous ces débris de la grossesse, enveloppés par une exsudation pseudo-membraneuse formée tout au tour, doivent séjourner durant toute la vie de la malade dans le nouveau séjour où ils se sont établis, ou selon qu'ils doivent être éliminés par diverses voies. Dans le premier cas, le fœtus subit des transformations en matière grasse ou adipocireuse, en un corps ossiforme ou calcaire, ou il se dessèche et se racornit, de manière à finir par ne plus occuper qu'un étroit espace dans la cavité abdominale, et à ne plus causer d'autre dérangement à la malade qu'un peu de gêne et de pesanteur. C'est dans cet état que des femmes ont vécu dix, vingt, trente, quarante ans, portant dans leur sein les débris d'une grossesse extra-utérine, jouissant d'une santé qui n'avait donné aucun soupçon de ce que l'autopsie a fait découvrir dans leur corps; c'est ainsi que d'autres ont pu concevoir plusieurs fois, tout en ayant un fœtus égaré dans leur abdomen, porter à terme, et mettre heureusement au jour un ou plusieurs enfants; ou d'autres fois, moins heureuses, succomber aux accidents qu'entraînaient les déplacements nouveaux du fœtus abdominal, provoqués par les contractions expulsives que nécessitait la naissance du fœtus utérin.

Dans le second cas indiqué plus haut, c'est-à-dire quand le produit de la conception échappé du kyste où il s'était développé doit être éliminé au dehors, les phénomènes qu'offre la marche de la maladie diffèrent selon la voie d'élimination qu'affecte la nature. La plus ordinaire, dans toutes les grossesses autres que la sous-péritonéo-pelvienne, est l'élimination par des abcès ou des trajets fistuleux perforant la paroi antérieure de l'abdomen, et le plus souvent dans un lieu peu éloigné de l'ombilic.

Une paysanne polonaise, de vingt-huit ou trente ans, avait mis au jour neuf enfants, la plupart morts-nés. Sa dixième grossesse ne lui causa pas plus d'incommodités que les précédentes. Le travail se déclara au terme naturel; les douleurs furent suivies d'un écoulement d'eaux en quantité ordinaire; elles cessèrent après que la malade eut éprouvé la sensation d'un déchirement intérieur, qui ne donna lieu néanmoins à aucun écoulement de sang par les parties génitales. Les mouvements du fœtus cessèrent de se faire sentir. Après des accidents variés, qui se prolongèrent longtemps, mais dont on ne détermine pas la durée, la tumeur qui était restée dans l'abdomen devint douloureuse dans la région ombilicale; elle s'enflamma, s'ouvrit, et, par cette ouverture, sortirent successivement, avec des liquides purulents, tous les os du fœtus. Tout cela se passa sans aucun secours de l'art; la malade n'eut le plus souvent d'autre personne pour se panser qu'elle-même. Ce fut, sans doute, par l'effet des soins mal entendus qu'elle reçut qu'un intestin se trouva endommagé, et qu'il resta à la malade un anus contre nature : à cela près elle se rétablit (Docteur Wesse, de Torn, dans *Rust's Magasin fur die gesammte Heilkunde*, t. XIX, n° 2).

Des conditions spéciales dans l'état ou la constitution de la malade peuvent apporter quelques variations dans les phénomènes que présentent les divers cas de cette espèce; mais il serait trop long et inutile d'entrer dans plus de détails à ce sujet.

Une autre voie d'élimination, qui n'est étrangère à aucune des grossesses extra-utérines, mais qui est particulièrement propre à la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, est celle par le vagin ou par le rectum.

Une femme avait déjà mis au monde un enfant à terme, et depuis elle avait éprouvé trois fausses couches successives. Parvenue à une époque indéterminée d'une cinquième grossesse, dans le cours de laquelle elle n'avait ressenti rien d'extraordinaire, cette femme se plaignit de douleurs comme pour accoucher, d'abord légères, puis très-vives, qui cessèrent totalement après deux jours. A la suite d'un craquement qu'elle sentit dans l'abdomen, les eaux s'écoulèrent, et en même temps une petite quantité de sang très-fétide. Une sage-femme constata bien l'issue des eaux, mais trouva le col utérin encore très-élevé et exactement fermé. Un médecin fut appelé : il présuma que le terme de l'accouchement n'était point encore arrivé, d'autant plus que la malade ne se croyait grosse que de six à sept mois. Les douleurs expulsives ne reparurent plus; les mamelles se tuméfièrent, et une péritonite se déclara, accompagnée de symptômes nerveux très-intenses. Le ventre, fort douloureux à droite, offrait de ce côté une

tumeur dure et immobile. Cependant la fièvre se dissipa, et la douleur du ventre diminua beaucoup. A quelques jours de là, il s'établit par le vagin un écoulement de matières verdâtres, sanguinolentes, d'une odeur de moisi ; cet écoulement et la douleur durèrent encore à peu près l'espace de trois mois. Alors la malade, à la suite des règles, rendit par la vulve des lambeaux de chairs pourries et délayées dans un liquide noirâtre. Après trois autres mois, les douleurs de côté reparurent et se dissipèrent de nouveau.

Neuf ou dix mois plus tard, la malade redevint enceinte, et la douleur reparut, augmentant à mesure que la grossesse faisait des progrès. Enfin, la sortie d'un fœtus mort et putréfié avait mis un terme aux accidents, quand, en octobre 1820, la tumeur du ventre persistant toujours, quelques coliques portèrent la malade à prendre un lavement. Elle crut remarquer dans les fèces un fragment d'os : et les jours suivants, en effet, elle en rendit d'autres dans lesquels on reconnut successivement un temporal, un pariétal, des côtes, des fémurs, etc. Une fistule recto-vaginale s'était établie ; mais au mois de juillet 1821, la tumeur du ventre avait disparu, la fistule était oblitérée, l'appétit, les forces avaient reparu, et la malade ne tarda pas à recouvrer entièrement la santé (*Saggi della Cesar Academia di scienze di Padova, Nouv. Biblioth. méd.*, t. III. p. 138).

Je pourrais citer beaucoup d'observations du genre de celle-ci ; un bon nombre d'entre elles me fourniraient l'occasion de répéter la remarque que j'ai déjà faite ailleurs, savoir, que, sans qu'on s'en soit douté, on avait affaire à des grossesses sous-péritonéo-pelviennes.

Les voies d'élimination indiquées jusqu'à présent existent d'ordinaire isolément ; mais pourtant elles ne s'excluent point les unes les autres ; on les a vues fournir simultanément un nombre en quelque sorte surabondant d'issues aux lambeaux du produit de la conception, et aux liquides divers dont sa présence dans l'abdomen avait sollicité la formation.

On doit à John Major Wilson, chirurgien de l'hôpital de Westminster, une observation intéressante en ce genre :

Une femme de quarante ans, mère de plusieurs enfants, étant au troisième mois d'une nouvelle grossesse, reçut de son mari des coups violents dans l'abdomen. Elle eut la nuit suivante une métrorrhagie considérable, et l'on crut qu'elle avait avorté. Mais les règles ne reparurent point, et l'abdomen, siége de continuelles douleurs, ne cessa de prendre de l'accroissement. Au bout de six mois, formation d'un abcès dans la région ombilicale, à l'ouverture duquel s'échappent de l'abdomen et du pus, et des chairs, et des os de fœtus. Peu de temps après, un écoulement de matières purulentes eut lieu également par l'anus et par le vagin. Ce travail éliminatoire dura six mois, au bout desquels la malade mourut de consomption. Le colon était obstrué par un os qui s'y était engagé (*Annals of medicin, for the Year*, 1797, etc., v. II, art. II, et 1799, v. IV, art. 10).

Des cas plus extraordinaires encore que ceux qui précèdent sont ceux où la vessie, ouverte par une ulcération, a reçu dans sa cavité les débris de la grossesse. Le *London medical Journal* (nov. 1800) en contient un exemple. Le fœtus, après avoir déterminé la perforation de la vessie, avait pénétré dans cet organe et s'y était logé. Les accidents rendirent son extraction nécessaire ; on l'opéra par la taille hypogastrique ; mais la malade succomba aux suites de l'opération.

M. Morlane a vu un fait analogue (*Journ. gén. de médecine*, t. XIII) : les débris du fœtus sortirent successivement par le rectum et la vessie ; mais deux pierres, et cinq portions des os du crâne, non encore incrustées, furent retirées par la lithotomie avec un succès complet.

Mais le cas le plus singulier que l'on connaisse est celui observé par Josephi, de Rostock, auteur d'une Monographie sur les grossesses extra-utérines, dans laquelle la relation de ce fait occupe un espace considérable. Une femme de quarante-sept ans devint enceinte pour la seconde fois ; les premiers temps de sa grossesse furent pénibles ; quand la première moitié fut passée, la malade eut des coliques violentes et des douleurs cruelles. Depuis lors elle éprouva continuellement au côté droit, vers l'annean inguinal, une sensation très-désagréable chaque fois que l'enfant se remuait. Dans la trente-septième semaine, elle se plaignit un soir de douleurs violentes, avec frisson, et une sensation comme si les intestins eussent été tirés vers le bas. Les douleurs, portées au dernier degré d'intensité, se terminèrent enfin par une paralysie de la jambe droite qui dura trois semaines. Depuis lors, elle cessa de sentir les mouvemente de son enfant, fut toujours d'une santé chancelante, et ses seins se remplirent de lait. Vers le quinzième mois, elle rendit par le vagin une certaine quantité de sang corrompu et fétide. Un mois après, les menstrues reparurent, et continuèrent jusqu'à la fin de sa vie, sans cependant être régulières. La santé générale était améliorée, et, excepté de fréquentes douleurs de ventre et un sentiment de compression de la vessie urinaire, la malade se portait assez bien. Elle resta pendant neuf ans dans le même état. A cette époque, après une vive frayeur, frissons, coliques, suivies de douleurs semblables à celles de l'enfantement qui durèrent plusieurs heures. Depuis lors la malade se plaignit d'une ischurie douloureuse ; elle était obligée d'uriner à chaque instant, elle rendait peu d'urine à la fois, et ce liquide ressemblait à une matière purulente, qui souvent était entremêlée de parcelles de gélatine épaissie. Trois ans après, la malade observa qu'elle avait un corps dur dans l'urètre, et au bout de quelques mois elle rendit en urinant une pierre grisâtre, de la grosseur d'une fève de marais, ce qui la soulagea. Plus tard elle rendit avec les urines un os ressemblant à un tibia d'enfant. Quelques jours après il sortit un second calcul et un fragment des os de la tête, et, de cette manière, elle rendit quatre-vingt-quatorze calculs de différentes grosseurs, le plus gros ayant celle d'une fève, et de différentes formes ; elle rendit en outre diverses pièces osseuses du crâne, quelques vertèbres, six dents, une partie du péroné, et vingt-un morceaux d'os plats. Environ une année après, un os boucha l'ouverture de l'urètre, et y causa des douleurs presque insupportables ; on y pratiqua une incision, et on retira la mâchoire inférieure, et la malade fut soulagée. Mais ses souffrances allant toujours en augmentant, elle se rendit à Rostock. Elle était pâle et cachectique, et ses souffrances étaient au delà de toute expression ; on fit des tentatives vaines et douloureuses pour extraire avec des instruments les corps contenus dans la vessie, et l'on se résolut enfin à pratiquer la cystotomie sus-pubienne. Josephi trouva la vessie épaisse, dure et charnue ; elle était entièrement remplie

de parcelles osseuses, dures et pointues, et d'une assez grande quantité de parties molles. On en retira cent douze pièces osseuses, en partie entières et en partie corrodées, et vingt morceaux de concrétions calculeuses, quelques cartilages, une partie du crâne et de la face, et des intestins d'un bleu noirâtre et adhérant au placenta et au mésentère. Plusieurs os adhéraient tellement à la tunique interne de la vessie qu'on ne put les en extraire que forcément. On découvrit au fond de la vessie un trou à travers lequel le doigt touchait les intestins de la malade. Après l'opération, la malade se trouva assez bien; mais, sans qu'il survînt des symptômes d'une inflammation abdominale, elle succomba le troisième jour. La trompe et l'ovaire du côté droit avaient disparu pour former le kyste fœtal, qui adhérait à la vessie et communiquait avec elle (Josephi, *Ueber die Schwangerschaft ausserhalb der Gebœhrmutter*, etc. Rostock, 1803, in-8°).

Pour terminer ce qui est relatif aux voies d'élimination du produit des grossesses extra-utérines, nous dirons qu'il n'est pas impossible que le kyste s'ouvre dans l'estomac, et que des fragments du fœtus soient rendus par le vomissement. Au milieu d'une foule d'observations ridicules publiées sous le titre d'*accouchement par la bouche*, il y a quelques cas qu'il est difficile de ne pas admettre, et qui s'expliquent ainsi naturellement, d'autant plus qu'on connaît deux exemples authentiques du même fait observé chez des animaux.

§ IV. *Des causes des grossesses extra-utérines.* — Ce paragraphe figure ici, moins pour y exposer dogmatiquement des principes arrêtés que pour y marquer une lacune de la science. Tout ce qu'elle possède sur les causes des grossesses extra-utérines se réduit à quelques faits particuliers, consiste dans la connaissance de quelques circonstances externes ou occasionnelles qui paraissent n'avoir pas été étrangères, dans certains cas, à la production de ces grossesses, ou dans celle de quelques conditions internes ou organiques, qui les ont évidemment produites, qui devaient presque inévitablement y donner lieu, mais que rien ne pouvait faire découvrir du vivant de la femme, et où l'art n'a rien à puiser pour prévenir ces funestes aberrations de la nature. Nous passerons donc très-légèrement sur cette section, nous bornant à énoncer les faits les plus essentiels.

Au premier rang des causes, externes ou occasionnelles, il faut placer les coups portés sur le bas-ventre dans les premiers temps qui suivent l'imprégnation. Je ne saurais rien dire de plus clair à cet égard que ce qui se trouve dans l'observation de grossesse tubo-ovarique rapportée dans le premier paragraphe de cet article, et empruntée de Johnson.

Les faits auxquels Astruc faisait allusion quand il disait (*Malad. des femmes*, t. IV, p. 238) des grossesses extra-utérines : « Elles sont plus ordinaires dans les » filles et dans les veuves, surtout dans les filles et » dans les veuves qui ont passé pour sages, parce que » la crainte, la honte, le saisissement dont ces femmes » sont affectées dans un embrassement illicite y ont » beaucoup de part; » les faits, dis-je, auxquels Astruc faisait allusion, ceux publiés depuis par Baudelocque, M. Lallemand et M. Guillemot, autorisent à penser qu'un mouvement de terreur, venant à coïncider avec l'acte de l'imprégnation, peut être une raison suffisante pour que l'œuf qui vient d'être fécondé ne puisse plus ultérieurement être transporté dans l'utérus. Un cas remarquable de grossesse extra-utérine, observé par la Société royale de médecine de Bordeaux, dont je dois la connaissance à mon ami le docteur Desgranges, et qui doit être publié, donne beaucoup de poids à cette opinion. Elle n'a rien d'ailleurs dont on ne puisse assez facilement se rendre compte. On y a fait une objection, savoir : que l'ovule ne se détachant pas de l'ovaire au moment même de l'imprégnation, et son passage dans l'utérus ne s'opérant que dans les jours qui suivent cet acte, le sort du nouvel être, pendant tout ce temps, ne pouvait être subordonné à l'influence passagère d'une cause aussi fugitive qu'un mouvement de l'âme. Mais quoique, à proprement parler, la grossesse extra-utérine ne se produise qu'à un moment qui peut être assez éloigné de celui ou agissait la cause dont nous nous occupons, comme la marche de l'œuf, de l'ovaire à la matrice, dépend de conditions organiques qui se produisent elles-mêmes au moment de l'acte fécondant, la distance du trouble de l'imprégnation à la grossesse extra-utérine ne rompt point entre ces deux faits tout rapport de causalité. Pour être apte à transporter l'ovule de l'ovaire à la matrice, la trompe doit rester, pendant tout le temps que s'opère ce transport, dans un état d'orgasme et d'érection. La spongiosité, le gonflement, l'injection de son tissu, une fois arrivés à un certain degré, se maintiennent spontanément, et se prolongent même pendant une durée bien plus considérable que celle qu'exige la fonction pour laquelle ces modifications ont eu lieu; mais dans les premiers instants, quand il n'y a encore dans la trompe qu'un spasme érectile qui n'existait pas quelques secondes auparavant, quand son orgasme n'est encore qu'un phénomène purement nerveux, qui peut s'éteindre sans laisser de traces, on conçoit qu'une émotion profonde, qu'une révolution dans le système nerveux général, puissent faire cesser brusquement cet état; et dès lors la trompe étant impropre à accomplir sa fonction, l'œuf restera égaré dans un domicile autre que celui que lui destinait la nature.

Pour ce qui est des causes internes ou organiques des grossesses extra-utérines, la première est la structure et la disposition même de la trompe, qui, semblant peu propre, même dans son état le plus naturel, à remplir la fonction qui lui est départie, ne peut s'en éloigner tant soit peu qu'elle n'y devienne tout à fait impropre. Bianchi a déjà fait remarquer fort judicieusement que la grossesse extra-utérine était infiniment rare dans certaines classes d'animaux chez lesquels la disposition de l'organe qui saisit l'œuf et le transporte est beaucoup plus favorable que chez la femme.

Outre les légères déviations organiques de la trompe dont il vient d'être parlé, des anomalies plus considérables n'y sont point rares, et il s'en est vu des exemples dans plusieurs cas de grossesses extra-utérines qu'on ne pouvait attribuer qu'à elles.

Enfin des altérations morbides diverses, soit de l'ovaire, soit du pavillon tubaire, soit du corps de la trompe, soit de son embouchure à l'utérus, se sont montrées comme causes évidentes du même désordre. Les cas en sont trop divers pour qu'il y ait rien de commun à dire sur tous, et pour qu'il soit possible de les énumérer en détail.

§ V. *Du traitement des grossesses extra-utérines.* — Ici, comme dans l'histoire de la marche des grossesses, il convient de procéder analytiquement. C'est se fourvoyer que de tracer des règles absolues de traitement

contre la *grossesse extra-utérine* en général, et de parler de l'emploi de telle ou telle opération, sans tenir compte des espèces de grossesses et des cas particuliers de chacune d'elles. Plus on accumule de faits sur une question mal posée, plus on en obscurcit la solution. Pour n'embrasser dans des considérations communes que des cas qui soient analogues, nous établirons des catégories. Nous nous demanderons quels doivent être les principes du traitement :

1° Quand la grossesse extra-utérine se développe et marche sans déplacement du produit de la conception ;

2° Au moment de ce déplacement ;

3° Ultérieurement au déplacement ; et nous distinguerons dans cette troisième catégorie :

1° Les cas où il n'y a aucune tendance à l'élimination du fœtus ;

2° Ceux où cette tendance existe ;

3° Enfin, ceux où l'élimination s'est déjà faite spontanément en partie.

Appliquant les principes qui seront résultés pour nous de la considération des faits sous cet aspect, nous aurons à déterminer la manière de les mettre en pratique, selon que le fœtus se trouvera situé, en grande partie, au-dessus du détroit du bassin, ou qu'il sera renfermé dans l'excavation pelvienne. Nous n'aurons plus, après cela, qu'à signaler quelques particularités relatives au traitement de certaines grossesses extra-utérines, et qui ne conviennent qu'à elles.

Quelles sont donc (pour entrer immédiatement en matière) les indications que présente au médecin une grossesse extra-utérine, marchant régulièrement (s'il est permis de s'exprimer ainsi), et dans laquelle rien n'annonce un changement prochain de situation de la part du fœtus?

Sans nul doute, une grossesse, extra-utérine quelconque doit inspirer, dès qu'elle est constatée, les plus vives alarmes sur le sort de la mère et de l'enfant.

Il n'est pas moins évident que les dangers que court la première s'aggraveront chaque jour, à chaque instant, à chaque atome qui viendra grossir le volume du fœtus. Mais que faire, malgré l'imminence du danger, et quelles ressources l'art peut-il offrir dans un cas si funeste ?

Il faut convenir d'abord que, par le seul fait de la grossesse extra-utérine, le fœtus peut être considéré comme voué à une mort presque inévitable, et qu'il est raisonnable de tout tenter en vue de la conservation de la mère. Si donc il y avait un moyen d'arrêter le développement du produit de la conception, développement qui menace incessamment les jours de la femme, si l'on pouvait le faire périr sans compromettre l'existence de celle-ci, ce moyen, il faudrait l'employer sans scrupule, et la morale le sanctionnerait comme un bienfait de l'art conservateur. Peut-être ne s'agit-il point là d'une chose impossible ; mais je ne me charge pas de l'indiquer ici.

Si l'on ne peut mettre obstacle à l'action incessante de la cause du danger, c'est-à-dire au développement du produit de la conception, faut-il se décider à l'arracher du sein de sa mère ? C'est sur la mesure du danger que l'opération ferait courir à celle-ci qu'il faut régler ses déterminations à cet égard. Or, ce danger est des plus graves. Il ne s'agit point ici de débarrasser l'organisme d'un corps étranger flottant dans une cavité ; il s'agit d'aller fouiller au sein des viscères pour en détacher un parasite qui y a pris racine, et qui peut faire corps avec eux. Non, dans toutes les grossesses extra-utérines autres que la sous-péritonéo-pelvienne, il ne faut point se hasarder à pratiquer l'extraction du fœtus tant que la grossesse marche régulièrement, et tant que rien n'annonce le déplacement du produit de la conception. Il ne le faut pas, parce que le fœtus peut périr spontanément avant d'avoir acquis un volume assez considérable pour être bien dangereux; il ne le faut pas, parce qu'il n'est pas sûr que les chances de l'opération pratiquée dans ce cas fussent plus favorables que les chances de la terminaison naturelle de la grossesse par la rupture du kyste, et des secours que l'art pourra fournir à cette occasion ; il ne le faut pas, enfin, parce que, après tout, dans les cas mêmes qui paraissent les plus évidents, la sûreté du diagnostic n'est pas telle qu'on ne pût, en opérant une prétendue grossesse extra-utérine, trouver tout autre chose qu'un fœtus, comme il est arrivé en 1828, à Berlin, où un médecin pratiquant la gastrotomie, tomba sur une tumeur formée dans le colon ascendant du côté droit par un amas de matières fécales endurcies, au lieu de trouver un fœtus, dont il avait cru y reconnaître distinctement la tête. (Siebold, *Journal fuer Geburtskunde*, t. IX, p. 737).

J'ai fait une exception pour la grossesse sous-péritonéo-pelvienne ; non que je prétende poser à l'égard de celle-ci un principe tout contraire, mais parce qu'il me paraît présumable qu'il peut y avoir lieu quelquefois dans cette grossesse à opérer avec avantage. Je n'ai point, quant à présent, à ma disposition les faits nécessaires pour parler avec assurance, mais je crois qu'ils existent.

Je passe à la deuxième question, posée au commencement de ce paragraphe.

Quelles sont les indications du traitement lorsque le produit de la conception se déplace ?

Il y a ici deux cas à distinguer : ou bien le kyste gestateur se déchire accidentellement, soit par l'effet d'une violence extérieure, d'un mouvement brusque, ou sans cause connue, ou bien, la grossesse étant parvenue à une époque plus ou moins rapprochée du terme, il se développe un travail analogue à celui de l'accouchement.

Dans le premier cas (celui d'une rupture accidentelle du kyste), le danger résulte de l'hémorrhagie interne qui s'ensuit, des accidents nerveux inséparables d'un pareil désordre, du trouble qu'introduit dans toute l'économie le passage du fœtus, des eaux amniotiques, du sang, au sein des parties non accoutumées à leur présence.

On sait que l'art est peu puissant contre ces causes de destruction. Il n'est pas nécessaire d'énumérer ici les secours qu'il indique en pareil cas ; cet exposé sera mieux placé à l'article des ruptures utérines. Tout ce qu'il est nécessaire de dire, c'est que, dans les premiers mois de la grossesse, en cas pareil, toute opération est inutile ; car une opération ne pourrait avoir pour objet que de débarrasser la cavité abdominale des matières étrangères qui s'y sont introduites : or, la présence de ces matières dans l'abdomen n'est que le moindre des dangers qui existent, et pas pire que l'opération faite pour y remédier. Pour ce qui est des cas où la grossesse est avancée, quand le kyste vient à se rompre, ils rentrent quant aux indications qu'ils présentent, dans la catégorie de ceux qui commencent par

un travail de parturition, auxquels nous passons maintenant.

Quels sont les principes du traitement des grossesses extra-utérines, quand les phénomènes du travail ont lieu, ou quand le produit de la conception vient de se déplacer?

La situation du médecin assistant aux premiers phénomènes du travail qui survient vers le terme d'une grossesse extra-utérine bien constatée, est une des plus embarrassantes où il puisse se trouver. Il sait que tous les efforts de la nature pour se débarrasser du produit de la conception seront vains. Il sait qu'à chaque instant le résultat de ces efforts peut être la déchirure de l'organe qui renferme ce produit, et que, dans le plus grand nombre des cas, la mort suit rapidement cet accident funeste. Et quel moyen a-t-il pour arrêter ces efforts dangereux? Tout l'appareil des calmants, des antispasmodiques, les bains, les saignées, sont d'une efficacité bien incertaine en pareil cas. Il lui manque, pour arrêter les contractions utérines, un spécifique tel que celui que nous possédons pour les provoquer. Dans l'impossibilité d'arrêter le travail, que faire pour l'empêcher de produire l'accident qui le suit presque toujours? Ici encore l'art est muet, et n'a rien à répondre.

Dans l'impossibilité d'empêcher le travail de se développer, de l'arrêter quand il est commencé, d'en empêcher la terminaison ordinaire, et qu'on pourrait appeler naturelle, il reste une chose possible : c'est de prévenir cette terminaison; c'est d'aller ouvrir le kyste gestateur, au lieu d'attendre qu'il soit rompu par la violence des efforts, c'est d'extraire le produit de la conception, au lieu de le laisser s'égarer par suite des efforts aveugles qui le poussent, du séjour anormal où il s'est développé, dans une habitation qui ne lui est pas plus naturelle.

Voilà une ressource que la raison présente, et en faveur de laquelle l'expérence a déjà fourni quelques arguments. Mais qu'on ne se méprenne point sur la portée des avantages qu'on en peut attendre. Pesons ses avantages et ses dangers.

Dans les conditions des grossesses extra-utérines dont il s'agit en ce moment, le fœtus peut être aussi régulièrement développé, aussi viable que dans la grossesse naturelle; ceci est un point dont il faut tenir compte dans l'appréciation de la méthode en question. Or, relativement au fœtus, il est évident que nulle méthode de traitement ne saurait lui offrir les mêmes chances de salut que celle qui va le délivrer au premier danger qui le menace, et sans le laisser en butte aux violences d'un travail qui peut le faire périr en peu de temps. Il faut se rappeler en outre que, même dans les cas où le travail de parturition se calme spontanément sans avoir déterminé la rupture du kyste gestateur, et sans avoir été assez fort et assez prolongé pour tuer le fœtus, le seul fait du terme naturel de la grossesse accompli suffit, à peu près dans tous les cas, pour lui donner la mort en fort peu de temps. Ici donc encore, en considérant les faits sous ce point de vue, on trouve de grands avantages à l'opération, et à l'opération promptement pratiquée, puisqu'il y va presque constamment de la vie ou de la mort de l'enfant.

Mais envisagées par rapport à la mère, les choses se présentent sous un aspect bien différent. Le but de l'opération est un but préventif, ses chances heureuses dépendent du moment propice où elle est pratiquée; mais comment en faire comprendre la nécessité avant l'apparition des accidents rédoutables qu'elle est destinée à prévenir? et comment trouver, connaissant les dangers qui la suivent, le courage d'insister vivement pour obtenir l'assentiment de la malade?

L'opération prévient la rupture du kyste, accident effroyable, et le plus souvent mortel; mais elle le prévient au prix d'une division artificielle, beaucoup moins dangereuse assurément, mais qui n'est pourtant pas d'une gravité médiocre.

Quand l'opération peut débarrasser complétement la femme du produit de la conception, et ne laisser après elle d'autres causes d'accidents que celles qui sont inséparables de la gastrotomie, oh! alors les conditions dans lesquelles elle place la malade sont tellement favorables, comparativement à celles où la laissait le travail abandonné à toutes ses chances, qu'on aurait les plus vifs et les plus justes regrets de ne pas l'avoir pratiquée. Mais quand l'on trouve un placenta fortement greffé sur des organes délicats dont on ne pourrait le séparer sans des violences meurtrières; quand on est forcé de laisser dans l'abdomen ouvert un vaste kyste pseudo-membraneux, d'une organisation hétérogène à celle des viscères auxquels il adhère de toutes parts, et peu propre à s'accommoder à l'accès de l'air qui y est ouvert et à supporter la détersion putride qui doit s'y passer, les dangers d'un pareil état ne disent-ils pas que la crainte d'y tomber ne permet d'agir qu'avec circonspection? Et qu'on n'imagine point que ces cas sont l'exception, et le contraire la règle. Mon ami, M. Guillemot, s'est certainement trompé quand il a cru que le plus souvent le placenta était facilement séparable des parties auxquelles il adhère; j'ai compté les faits, et j'ai vu que c'est le contraire qui est la vérité.

Mais après tout, quels que soient ces dangers de l'opération, quelles que soient les difficultés qui peuvent ou en obscurcir l'indication, ou en gêner la pratique, et dont l'exposé demanderait des détails trop étendus pour cet article, le refus de la subir laisse subsister les dangers encore plus graves dont nous avons parlé, et doit amener ultérieurement, dans le plus grand nombre des cas, des accidents qui la rendront indispensable. Ainsi donc, si, au début du travail d'une grossesse extra-utérine arrivée à terme, ou près de cette époque, les circonstances du cas se réunissent pour indiquer l'opération, et si l'on n'y trouve point de condition particulière qui l'interdise, tout bien considéré, *on a des motifs suffisants pour en autoriser raisonnablement la pratique.*

Pour terminer ce chapitre, ajoutons quelques mots sur le traitement des grossesses extra-utérines quand le kyste vient de se rompre et le fœtus de se déplacer.

J'ai déjà dit que la rupture accidentelle du kyste, arrivant à une époque avancée de la grossesse, rentrait, sous le rapport du traitement, dans la même catégorie que celle qui survient par l'effet du travail. Dans l'un et dans l'autre cas, pour régler l'emploi des moyens dont l'art peut disposer, il faut distinguer les périodes de la maladie; car tel moyen est formellement indiqué à tel moment précis, et doit être interdit dans tout autre : c'est la nature des accidents et des dangers à chaque période qui doit dicter les déterminations du médecin.

Au moment même où le kyste d'une grossesse extra-utérine vient à se rompre, et dans les premières heures qui suivent cet accident formidable, les causes imminentes de mort sont l'hémorrhagie interne résultant

de la dilacération du tissu du kyste, ordinairement très-vasculaire, et le trouble profond du système nerveux, résultant de la violence de la douleur et des déplacements considérables qui se font au sein des viscères. J'ai déjà dit, à l'occasion des ruptures des premiers mois, combien peu l'art offrait de ressources contre ces dangers. Ce n'est point pour répéter cette remarque que je rappelle la nature des phénomènes qui se passent alors, mais pour interdire positivement l'emploi de l'opération à cette époque de la maladie. On répète partout, sans distinction, que la gastrotomie a d'autant plus de chances de succès qu'elle est pratiquée de meilleure heure : eh bien! cette opinion, ainsi présentée, est inadmissible. L'opération ne peut rien contre l'hémorrhagie ; l'opération ne peut rien contre les phénomènes nerveux dont il vient d'être parlé, si ce n'est d'ajouter à leur violence par la douleur qu'elle causerait elle-même ; en outre, pratiquée à ce moment-là, elle ne pourrait manquer, par des échecs à peu près constants, résultat naturel de la maladie, de compromettre gravement l'honneur de l'art : il faut donc l'interdire absolument, jusqu'à ce qu'on ait des raisons suffisantes de penser que l'hémorrhagie ne peut plus inspirer de craintes pour la vie de la malade, et jusqu'à ce que la première violence des troubles nerveux de l'accident se soit calmée. L'espoir de sauver plus sûrement le fœtus en se hâtant n'autorise point un parti contraire. Mais ces phénomènes primitifs une fois calmés, la malade se trouve placée sous le coup d'une série de dangers auxquels, sans les secours de l'art, elle n'échapperait pour ainsi dire que par miracle. Et la cause principale des accidents qui vont survenir, c'est la présence d'une masse considérable de corps étrangers dans une cavité non accoutumée à les contenir.

C'est ici véritablement le domaine de l'opération. C'est dans les conditions précises qui viennent d'être indiquées qu'elle a réussi un grand nombre de fois ; c'est dans des conditions différentes qu'elle a presque toujours échoué ; et à moins de tenir compte des circonstances, il n'y a pas moyen de s'expliquer les résultats si divers que lui attribuent tels ou tels auteurs.

Si l'époque propice pour l'opération s'est passée sans que la malade ait voulu s'y soumettre, ou sans que l'homme de l'art ait eu le courage de la pratiquer ; si la malade a surmonté, sans y succomber, tous les dangers des violentes inflammations qui surgissent de tous côtés autour du produit de la conception une fois déplacé ; si l'on est arrivé à cette époque de la maladie où s'opère, au milieu de troubles variés, mais sans accidents menaçants, le travail qui doit aboutir à la formation d'un nouveau réceptacle pour le fœtus, l'opération est-elle encore indiquée? Elle a été proposée dans ce cas ; elle a même été pratiquée ; mais on peut la considérer alors comme un acte de témérité, dont les résultats sont livrés aux chances du hasard, et ne peuvent être prévus.

Tout ce qui précède se rapporte à ce qu'on pourrait appeler le traitement de l'état aigu des grossesses extra-utérines ; nous allons passer à celui de leur marche chronique. Mais nous devons placer auparavant quelques remarques promises au commencement de ce paragraphe.

Nous avons dit qu'après avoir posé les principes du traitement des grossesses extra-utérines, nous considérerions quelle devrait en être l'application dans le cas où le fœtus est situé en grande partie au-dessus du détroit du bassin, et dans ceux où il est situé dans l'excavation. Ceci se rapporte essentiellement à l'opération. Dans le cours des pages précédentes, nous avons parlé d'aller chercher le produit de la conception et de l'extraire, mais sans déterminer autrement l'opération qui convenait pour cela. Eh bien ! c'est cette condition du siége du fœtus qui doit régler, quelles que soient d'ailleurs les autres circonstances du cas, l'emploi de l'opération convenable.

Cette opération peut être, ou la gastrotomie, ou l'incision du vagin. On ne saurait, vu la diversité des cas, assigner de règle précise sur les détails de la pratique de ces opérations. Tout ce qu'il y a peut-être de commun à dire sur tous, c'est que l'incision par laquelle on doit pénétrer au siége de la grossesse doit être pratiquée, autant que possible, sur le lieu même où l'on reconnaît la présence de la partie la plus volumineuse du fœtus, c'est-à-dire de la tête. Une seule particularité me paraît ne devoir pas être omise ; et Guentz, dans sa dissertation, a particulièrement insisté dessus ; c'est que dans les cas de grossesse tubaire où la trompe aurait acquis un développement et une vascularité considérable et où la portion par laquelle elle tient à l'utérus aurait peu de volume, il vaudrait peut-être mieux en faire l'extirpation que de la laisser dans cet état, surtout si la totalité de l'œuf ne pouvait s'en détacher sans violence.

DEZEIMERIS,
Bibliothécaire de la Faculté.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

FÉVRIER 1837.

Histoire d'un enfant né sourd et aveugle ; par M. Chauvin, docteur en médecine à Sion (Loire-Inférieure).

Comme les faits de ce genre sont assez rares, je crois qu'il pourrait être utile pour la physiologie de les publier quand on en rencontre.

Le sujet dont il s'agit naquit à Saint-Aubin-des-Châteaux, à deux lieues de Châteaubriand, il y a trente ans : il s'appelait *Julien Rose*. Cet enfant était beau, parfaitement constitué. Il buvait, mangeait, criait, dormait et faisait toutes les fonctions de la vie organique de la manière la plus régulière. Il profitait bien, et aucune différence entre lui et les autres enfants ne se laissait apercevoir, jusqu'au temps où, commençant à s'étendre au dehors d'eux-mêmes, ils se plaisent à sourire aux petites caresses de leurs mères.

Alors une voisine dit à la mère : « Il semble que votre enfant ne voit pas. » Celle-ci fut incrédule, parce qu'elle lui voyait de trop beaux yeux. Cependant, elle ne tarda pas à reconnaître son illusion, elle s'aperçut même quelque temps après que cet enfant si beau était également sourd. Depuis lors jusqu'à l'âge de 12 ans, il crût rapidement, mais absolument comme un végétal, sans changer de place et sans avoir la moindre idée de ce qui se passait en dehors de lui.

Il avait une taille d'environ 5 pieds, des membres longs et grêles, une peau blanche étiolée, de beaux grands cheveux blonds, des dents blanches comme l'ivoire, et de très-beaux yeux.

On ne put jamais faire naître en lui l'idée de marcher ; quand on le tenait debout, il imprimait à ses jambes des mouvements irréguliers, comme quand il était couché ou dans toute autre position. Il ne savait pas davantage que ses mains étaient faites pour saisir les objets; ce n'était que par hasard qu'il fermait quelquefois les doigts sur ce qu'il rencontrait. Il ne savait pas même manger ; car, s'il tenait un fruit ou un morceau de pain à la bouche, il mordait sans cesse sans avaler ; le trop plein lui sortait de la bouche à droite et à gauche, et il ne mangeait que la dernière bouchée, lorsqu'il n'y avait plus où mordre. On voit faire la même chose aux petits enfants.

Cependant, le sens du goût était très-développé chez lui ; quand on lui donnait quelque chose de meilleur que de coutume, il s'agitait en signe de joie, et faisait sortir de son gosier un son inarticulé qu'on pourrait rendre à peu près par ces lettres, *hun* ou *hon*. Quand il avait faim, il ouvrait la bouche en tournant la tête de tous côtés, comme les petits oiseaux, dans leur nid, quand ils ne voient pas encore.

Il était extrêmement sensible aux caresses. Si on le tenait sur les genoux, qu'on l'embrassât et qu'on le caressât avec les mains, il tressaillait de tout son corps. La seule chose qu'il eût appris à faire et qui lui causait également un plaisir extrême, c'était de prendre quelques brins de ses cheveux et de les faire passer entre ses dents.

Il laissait aller ses excréments sous lui, se portait les mains au visage lorsqu'elles en étaient infectées, sans aucune espèce de discernement. Lorsqu'il souffrait, il criait de la même manière qu'il avait toujours fait dès le premier âge.

Du reste, sa sensibilité était exquise. Cette intelligence prisonnière, qui n'avait jamais rien vu, rien entendu, qui n'avait pu même deviner à quoi devaient servir les principaux organes, cette intelligence, dis-je, semblait sentir sa captivité. Avide des sensations du toucher, elle manifestait son ennui par des cris aigus quand on ne lui en faisait pas éprouver. La vie cérébrale était si active, que toutes ses maladies se manifestaient par un afflux de sang à la tête, des convulsions et un assoupissement prolongé qui n'était interrompu que par quelques cris de douleur. Ce fut une maladie de ce genre qui termina ses jours à l'âge de 12 ans.

Ce fait est un de ceux qui démontrent le mieux le mode d'union qui existe entre les organes des sens extérieurs et le principe régulateur de leurs fonctions. Il tend à prouver d'abord que les organes de nos fonctions extérieures sont incapables d'accomplir ces même fonctions en vertu et par suite de leur organisation seule ; et ensuite que notre intelligence, dans son état d'union avec eux, est incapable de trouver en elle-même et sans eux les connaissances nécessaires pour diriger leurs actions. Cabanis disait avec les matérialistes de son temps : « Nous pensons par la tête, par les membres, par les organes génitaux, par l'estomac, etc. » Tout l'organisme concourt à la formation des pensées comme des autres sécrétions. » Il ne voulait pas qu'on dît : Nous avons des dents pour mâcher et des jambes pour marcher ; mais, nous mangeons, parce qu'il se trouve, par un effet du hasard, que nous avons des dents ; nous marchons, parce qu'il se trouve que nous avons des jambes. C'est-à-dire, qu'il n'y a point eu d'intention finale dans la confection de nos organes, mais qu'ils se trouvent fortuitement formés, et qu'ils sont mis en jeu chacun par suite nécessaire de son organisation.

S'il en était ainsi, pourquoi Julien Rose ne marchait-il pas, lui qui avait des jambes parfaitement organisées, jouissant d'une assez grande force et d'une grande mobilité ? Pourquoi ne savait-il pas manger, lui qui avait une bouche où il ne manquait rien ? Pourquoi ne se

servait-il pas de ses mains pour satisfaire ses besoins les plus simples?

Gall et les phrénologues répondent : «S'il ne marchait pas, c'est que la partie du cerveau qui secrète la faculté de marcher n'existait pas, ou était altérée si elle existait : ainsi des autres.»

Ceci n'est pas soutenable, parce que les nerfs de la sensibilité et ceux de la motilité qui se distribuaient aux membres fonctionnaient parfaitement. Or, personne n'a encore imaginé, je pense, d'autre moyen de communication entre le cerveau et les membres que ces deux espèces de nerfs. On dirait la même chose pour ce qui est des autres fonctions.

Il serait possible même que, chez Julien Rose, l'intégrité du cerveau fût parfaite, et que la cause de la surdité existât dans le conduit auditif, et celle de la cécité dans une des parties du globe de l'œil ou du nerf optique après sa sortie du cerveau. Dans tous les cas, la lésion d'une partie n'entraîne pas celle de l'autre. Au contraire, d'après une loi physiologique, un sens gagne quand l'autre perd. Celui qui est aveugle touche mieux et entend mieux; celui qui est sourd voit mieux; celui qui est infirme d'un bras est plus fort de l'autre. Ceci est évidemment le résultat d'un exercice plus appliqué et plus continuel. On ne doit donc pas admettre l'action immédiate d'un organe sur un autre; mais il faut qu'il y ait un agent régulateur des actions organiques extérieures qui perçoive, par une voie ou par une autre, les idées nécessaires à cette espèce de gouvernement. Si ses moyens de perception sont interceptés, il n'invente pas par lui-même.

Rien ne prouve cependant que le sujet dont nous citons l'observation n'eût pas de ces idées que les physiologistes appellent *idées innées*; mais, s'il en avait, il ne connaissait aucun moyen de les manifester. Les seules idées qu'il manifestât étaient celles que lui suggéraient le toucher et les sens internes. Il serait possible que, par ce seul sens du toucher, on eût réussi à lui faire une espèce d'éducation s'il eût été entre les mains de personnes plus intelligentes. Il y a chez l'homme deux sortes de facultés bien distinctes, dont on n'observe bien la différence que chez l'enfant du premier âge. Les premières sont purement instinctives et révélées par la nature : elles sont les mêmes et au même degré chez tous dans les premiers moments de la vie : par exemple, celle de téter; ce mécanisme admirable que rien ne peut nous faire retrouver quand nous en avons perdu le secret avec l'habitude. Les facultés des bêtes paraissent toutes avec ce caractère d'égalité, d'uniformité et de *perfection originaire*, qui porterait à les ranger toutes dans cette classe.

Les facultés du second ordre, chez l'homme s'acquièrent par l'éducation : on pourrait les appeler *facultés d'imitation raisonnée*. Le développement de ces dernières est entièrement subordonné aux sensations extérieures, et nous resterions uniquement sous l'empire des facultés instinctives si nous étions privés des révélations de nos sens, comme il arriva pour Julien Rose.

M. de Bonald a démontré que le langage n'aurait jamais été inventé s'il n'avait été révélé aux premiers hommes par Dieu lui-même. L'observation que nous citons et même beaucoup d'autres porteraient à penser que l'homme ayant les facultés instinctives moins parfaites que les autres animaux, leur serait resté beaucoup inférieur s'il n'avait eu des organes des sens pour percevoir les sensations, et une intelligence distincte de ces organes pour en tirer parti.

Je poserai même ce problème : l'homme aurait-il appris à marcher s'il n'avait rien vu ni entendu autour de lui qui lui donnât l'idée de la locomotion?

Cancer de l'utérus. — Vaisseaux lymphatiques, ovariques et tubaires pénétrés de matière encéphaloïde; par M. le docteur Hourmann, agregé à la Faculté de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, etc., etc.

(Observation lue à la Société de médecine du département de la Seine, et imprimée par décision de cette Société.)

L'étude des altérations organiques du système lymphatique offre, comme celle des altérations du système veineux, d'autant plus d'intérêt, qu'elle est destinée sans doute à éclairer plus d'une question de haute physiologie pathologique. C'est cette prévision qui a appelé l'attention générale des médecins, dès que les travaux des anatomistes ont commencé à révéler l'existence de cet important appareil. Mais, pendant longtemps, les hypothèses ont occupé la place des observations exactes, et si, de nos jours, grâce à l'anatomie pathologique devenue par ses progrès si rigoureuse et si positive, toutes ces hypothèses sont signalées et la plupart détruites, la science n'en est pas moins encore bien loin d'avoir acquis sur ce point tout ce qu'elle réclame, et pour peu que l'on consulte ses recueils, on ne tarde pas à voir que l'histoire des lésions spéciales *aux vaisseaux lymphatiques* compte à peine des éléments. — On ne peut donc apporter trop de matériaux pour cette histoire. C'est cette opinion qui m'engage à publier l'observation suivante que j'ai eu l'occasion de recueillir dans le service qui m'avait été confié à l'hospice de la Salpêtrière.

Observation. Une vieille femme, âgée de 75 ans, entra dans la salle Saint-Denis dans le cours du mois de juin de cette année (1836), et fut couchée au n° 16. Cette femme, d'une maigreur excessive, était en outre réduite à l'affaissement physique et moral le plus complet. Une teinte *jaune-paille* de la face annonçait dès l'abord une lésion organique profonde, un écoulement vaginal horriblement fétide indiquait l'utérus comme devant en être le siége. Cependant, la malade ne se plaignait d'aucune douleur; mais, interrogée avec soin, elle dit qu'elle en avait éprouvé de très-vives autrefois. Elle faisait remonter à près de trois ans le début du mal. Le toucher reconnut bien vite un désordre considérable : le doigt plongeait au niveau du col utérin dans un foyer de matière pultacée et grumeleuse qui paraissait occuper la totalité du bassin. Le rectum exploré ne présenta néanmoins aucune interruption dans sa continuité. Il en était de même de la vessie, ainsi qu'on put s'en assurer par l'introduction d'une sonde.

La position de cette malade épuisée ne laissait trop évidemment aucune ressource à l'art. Des soins de propreté et un régime destiné autant que possible à soutenir le peu de forces qui restaient, furent les seuls moyens auxquels on dut se borner. La pauvre femme s'éteignit trois semaines environ après son entrée dans

la salle. Je passerai les détails de l'autopsie qui n'ont pas trait au fait que je suis pressé de signaler.

Autopsie. Le corps était réduit au marasme squelétique; les chairs desséchées étaient, dans toute la force du terme, collées aux os. Une seule partie, par son contraste, attirait l'attention, c'était la vulve, dont les grandes lèvres étaient tellement œdématiées et gonflées qu'elles obturaient complétement l'orifice qu'elles circonscrivent. L'abdomen largement ouvert, et le pubis enlevé par deux traits de scie, la cavité du bassin fut mise entièrement à découvert. Une masse d'un gris jaunâtre, irrégulièrement bosselée, et du volume de la tête d'un fœtus de six à sept mois, représentait l'utérus et ses dépendances, et occupait l'excavation pelvienne entre le rectum et la vessie. La surface de cette masse, lisse en certains points recouverts par le péritoine encore intact, offrait çà et là des crevasses à bords renversés, dont le fond était hérissé de fongosités grisâtres, et dont le scalpel détachait une pulpe analogue à de la chapelure humide. Le rectum comprimé était d'ailleurs étranger à l'altération. La vessie seule, vers le milieu de sa paroi postérieure, avait subi un commencement de dégénérescence limitée à l'extérieur. L'incision de la masse morbide dans laquelle venaient se confondre l'utérus et ses dépendances, dont il était impossible de découvrir la moindre trace, offrit tous les caractères du cancer encéphaloïde dont la matière ramollie et combinée au tissu utérin, envahi par infiltration, donnait cet aspect de boue grisâtre qui est propre au cancer de l'utérus, et qu'il est difficile de rendre par l'expression. Jusqu'ici l'autopsie ne présentait aucun détail qui ne fût ordinaire; mais, en la poursuivant, voici ce qu'elle découvrit.

La masse de l'intestin grêle ayant été détachée, une longue traînée de cordons noueux, formant un faisceau du volume du doigt indicateur, et d'une couleur jaunâtre, apparut de chaque côté de la colonne lombaire. Ces cordons émergeaient du bassin, et avaient leurs racines dans la masse cancéreuse de l'utérus, des parties latérales de laquelle ils se détachaient. En suivant leur trajet, on les voyait se porter de bas en haut au-devant de l'artère et des veines ovariques qu'ils enveloppaient comme d'un canal. Arrivés à la hauteur des reins, ces cordons se renflaient considérablement en même temps que leurs nodosités se multipliaient. Là, ils quittaient les vaisseaux ovariques, et on les voyait se diviser en deux branches, l'une verticale, et l'autre transversale. Celle-ci se recourbait vers la ligne médiane, et venait au-devant de l'aorte s'unir à la branche transverse opposée. Le point de jonction était marqué par un épanchement sensible. Les branches verticales s'élevaient sur les côtés de la colonne vertébrale, et bientôt pénétraient derrière l'aorte à travers les piliers du diaphragme. On les retrouvait dans la poitrine jusqu'à la hauteur de la onzième vertèbre dorsale, où elles se terminaient au canal thoracique, la branche droite directement, la branche gauche par trois ou quatre rameaux qui gagnaient le canal en passant les uns devant, les autres derrière l'aorte. Le canal thoracique, très-élargi au moment où la branche droite l'atteignait, se rétrécissait ensuite et n'offrait plus rien de remarquable jusqu'à la veine sous-clavière gauche.

Désirant examiner avec tout le soin convenable cette remarquable altération, je fis enlever avec soin, du cadavre, la colonne vertébrale soutenant l'aorte, le canal thoracique et les cordons noueux qui s'y rendaient; je préparai ensuite moi-même la pièce que j'ai déposée au musée Dupuytren.

Une incision linéaire, pratiquée dans l'étendue d'un pouce sur une traînée de nodosités, m'a permis de constater qu'elles n'étaient autre chose que les vaisseaux lymphatiques ovariques et tubaires remplis de la même matière encéphaloïde qui constituait le cancer de l'utérus. J'ai pu énucléer cette matière du canal des vaisseaux, et, en les plaçant sous une eau limpide, j'ai pu reconnaître les replis valvulaires qui les garnissaient, et causaient par leur stricture les rétrécissements alternatifs qui constituaient les nodosités. Les parois des vaisseaux avaient acquis manifestement de l'épaisseur, et j'ai été étonné de leur résistance aux tractions que j'ai exercées sur elles. D'ailleurs, elles étaient transparentes et parfaitement lisses à l'intérieur. Étalées après leur incision, elles occupaient un espace de près de six lignes. La portion que j'avais choisie est celle qui correspondait à droite à la symphise sacro-iliaque. Pour ce qui est de la matière extraite de ces vaisseaux, elle était concrète, grumeleuse et entièrement identique à celle de la masse cancéreuse.

Les vaisseaux lymphatiques ont été trouvés remplis de plusieurs matières étrangères venues du dehors et surtout puisées dans l'intérieur de l'organisme. Avec plusieurs observateurs, MM. Tiedmann et Gmelin ont rencontré la bile dans les lymphatiques du foie et le canal thoracique, après avoir lié le canal cholédoque sur des chiens. (*Recherches sur la digestion*, tom. II.) On a signalé le sang dans les lymphatiques : malgré les objections qu'on a faites à cette observation, les faits signalés par M. Fodera, M. Lauth et autres sont dignes d'attention. M. Breschet cite dans sa thèse un exemple curieux de collection de gaz dans le système lymphatique abdominal qui lui a été communiqué par M. Amussat. Les faits abondent pour témoigner de la présence fréquente du pus dans cet ordre de vaisseaux, et incessamment les belles recherches de M. le professeur Moreau fourniront sur ce sujet les documents les plus précieux (1). Mais je ne sache pas qu'on ait encore d'observation bien authentique de la pénétration de la matière cancéreuse ramollie dans les lymphatiques. Hodgkin dit bien qu'Astley Cooper a vu ces vaisseaux dans un testicule atteint de fungus hématode, pleins de matière encéphaloïde qu'il a retrouvée dans le canal thoracique; mais cette simple assertion ne peut suffire pour établir la réalité du fait. Il en est de même du cas rapporté par Sœmmering (*De morbis vasorum absorbentium*), dans lequel cet auteur dit avoir vu une *sanie ichoreuse* dans des lymphatiques, qui, d'un organe cancéreux, se rendaient à des organes dont la dégénérescence commençait. Enfin, M. Andral a pu isoler le canal thoracique sur une vieille femme morte, comme celle qui fait le sujet de mon observation, d'un cancer de l'utérus. Le canal était agrandi, et M. Andral distingua nettement dans son intérieur des espèces de stalactites irrégulières et blanchâtres, parfaitement analogues aux tumeurs cancéreuses; on en reconnaissait de semblables encore dans l'épaisseur des parois. — Ce fait, cité par M. Andral, diffère notablement de celui qui s'est offert à moi,

(1) M. Andral y a constaté d'une manière indubitable la matière tuberculeuse. (Précis d'an. path.)

puisque la matière cancéreuse n'est point libre dans l'intérieur du canal lymphatique, mais constitue une lésion directe de ses parois.

Extrait du rapport fait sur cette observation; par MM. Téallier, Léveillé et Piorry.

« ..... Si un fait pareil avait été publié il y a quelques années, on se serait hâté de le citer à l'appui de l'opinion qui consiste à voir exclusivement dans les lymphatiques les agents de l'absorption. On n'aurait pas manqué de le rapprocher des observations des auteurs cités par M. Hourmann, des expériences de *Mascagni* sur le gonflement des ganglions de l'aine à la suite de pédiluves; du fait dans lequel Dupuytren trouve du pus dans les lymphatiques naissants d'un abcès; des bubons succédant à des maladies virulentes, etc., etc.

» Depuis les travaux de M. Ribes, depuis les expériences positives de M. Magendie et les publications de M. Breschet sur les veines, depuis les faits d'anatomie pathologique relatifs à ces vaisseaux rapportés par MM. Velpeau, Bouillaud, etc., toute discussion sur ce sujet est devenue superflue, et la question paraît résolue à peu près de la manière suivante : les veines sont les principaux agents de l'absorption; les lymphatiques remplissent le même office, mais à un degré beaucoup plus faible à cause de leur circulation. Ces derniers vaisseaux sont chargés de l'absorption du chyle.

» Du reste, le fait de M. Hourmann peut être interprété de plusieurs manières : l'on peut y voir un exemple d'absorption par les lymphatiques. Il faut avouer cependant qu'il est difficile de concevoir que la circulation puisse continuer dans des vaisseaux aussi profondément altérés que ceux dont il s'agit, et partant d'y admettre la possibilité de la résorption. D'ailleurs, la matière contenue dans les lymphatiques était ici trop consistante pour qu'on puisse concevoir sa présence par la capillarité. 2° On ne peut croire que la matière cancéreuse y ait été portée par une pression que les parois distendues de la tumeur auraient exercée, puisque le doigt pénétrait par le vagin dans la collection de matière pultacée. 3° Il se peut faire que la sécrétion, dont l'utérus et ses annexes étaient le siége, ait eu lieu aussi dans les vaisseaux lymphatiques, etc.

» Quoi qu'il en soit de ces explications, il est un fait pratique important, c'est que les lymphatiques et leurs ganglions se tuméfient, s'enflamment, s'abcèdent, à la suite des maladies virulentes ou de cause humorale. C'est ce qu'on observe à la suite des piqûres de scalpel, des ulcérations intestinales, des ulcères de la bouche et du cuir chevelu, des écoulements d'oreille, des abcès en communication avec l'air du dehors, des ulcères syphilitiques et cancéreux. Le long séjour que l'un de nous a fait à l'hospice de la Salpêtrière, et les nombreux cancérés que nous y avons vus, ne nous laissent pas le moindre doute sur cette dernière proposition. Le plus souvent, dans les cancers utérins ou mammaires anciens, les vaisseaux et surtout les ganglions lymphatiques sont engorgés, et offrent quelquefois une dégénérescence très-analogue à celle des tissus dont ils émanent. Dans ce cas, la forme de ces ganglions est souvent plus arrondie que dans l'état normal. Ce qu'il y a de remarquable dans le fait de M. Hourmann, c'est l'isolement dans lequel il a trouvé la matière encéphaloïde, l'aspect lisse de la surface des vaisseaux en contact avec elle, et la conservation des valvules qui établissaient les rétrécissements auxquels étaient dues les nodosités. »

Mémoire sur la question suivante : *Déterminer quelles sont, dans les affections dites typhoïdes, les altérations primitives et celles qui ne sont que secondaires;* par M. Leonardon, D.-M.-P., médecin à Montpont (Dordogne).

(Suite et fin) (1).

III.

La fièvre typhoïde est-elle une phlegmasie intestinale, avec altération consécutive du sang?

Une seule phrase de notre grand Bichat devait faire une révolution en médecine. Il dit : « Une théorie » exclusive de solidisme ou d'humorisme est un contre- » sens pathologique. » (Anat. génér., tome 1, p. 68).

Et la cause du solidisme exclusif qui, dans ces derniers temps encore, régnait en France, fut à jamais perdue. Tous les yeux s'ouvrirent à la vérité, et l'on revint à penser que le sang, *cette chair coulante*, comme disait *Bordeu*, pouvait, par ses altérations diverses, jouer un rôle important dans la production des maladies. Il y eut retour vers l'humorisme, et ce fut un progrès.

Un autre progrès fut de comprendre combien l'ensemble général des symptômes (autant et plus peut-être que les lésions cadavériques) doit servir à distinguer les maladies les unes des autres, et éclairer leur thérapeutique.

La vanité d'une doctrine médicale qui, rejetant toute altération primitive des fluides, serait uniquement fondée sur les altérations matérielles appréciables dont nos organes sont susceptibles, n'est plus, à mon avis, chose douteuse; et de nos jours, un axiome en médecine, c'est que le sang nourrit les solides, que sans sa présence il n'y a plus de vie pour eux, et que l'état des solides conséquemment doit être influencé par l'état du sang.

Quel malheureux courage il faudrait aujourd'hui pour oser écrire les lignes suivantes :

« Si l'humorisme ne comptait pas aujourd'hui des » hommes puissants, aucun élève des facultés françai- » ses ne verrait son esprit fasciné par cette gothique » théorie; il est nécessaire que l'Europe sache que de » jeunes médecins français écrivent en faveur de l'hu- » morisme, dont ils rient sous cape, et cela pour se » concilier les bonnes grâces de quelques hommes, » que la faveur console d'être les martyrs hypocrites » de toutes les vieilles absurdités en médecine. » Dict. abrég. des sciences méd., art. *Solidisme*, t. 14, p. 345).

Un tel langage est mal séant à notre époque, c'est un impardonnable anachronisme.

(1) Voir le numéro de janvier 1837, t. XIII de l'Encyclogr.

D'ailleurs, nier les maladies des fluides, c'était nier l'évidence.

Des exemples d'altération du sang se trouvent en nombre infini dans les auteurs; et, pour ne parler que des modernes, M. Rostan lui-même professait, il y a déjà 16 à 17 ans, que les fluides, parties intégrantes de l'organisme, doivent être sujets aux maladies, et qu'ils peuvent être primitivement altérés, soit dans leur quantité, soit dans leurs qualités. (Méd. clin. p. 383, 284).

Ainsi, pour arriver à connaître la nature d'une maladie, on devra non-seulement tenir compte des altérations de tissus qui constituent ses caractères anatomiques, mais encore de l'état des fluides, dont l'étude fut trop longtemps négligée.

Lorsque MM. Petit et Serres publièrent, en 1813, leurs recherches sur la fièvre entéro-mésentérique, ils sentirent bien que l'altération organique de l'iléon et du mésentère était loin d'être toujours en rapport avec la *nature* et l'*intensité* des symptômes, et que surtout elle était insuffisante pour résoudre la question pratique.

Il leur fallut donc chercher ailleurs les causes de ces conditions si graves d'innervation et d'hématose, dans lesquelles se trouvaient placés les malades atteints de fièvre typhoïde.

Voici comment, à ce sujet, s'exprime M. Petit, p. 22, 23 de la préface : « La cause, quelle qu'elle pût-être, qui agissait sur l'intestin, était certainement d'une nature délétère, puisque nous trouvions le tissu de sa membrane muqueuse toujours grièvement altéré, et souvent même dans un état de destruction absolue. Or, un pareil agent, transmis par l'absorption aux glandes du mésentère, devait y apporter une altération profonde.... Aussi son passage y était-il marqué par l'état de désorganisation plus ou moins avancé qu'elles nous présentaient.... Enfin, ce même principe, disséminé par une absorption ultérieure dans l'universalité du système, ne pouvait qu'y produire des effets d'une gravité remarquable... »

Il y avait déjà plus d'un siècle que l'immortel Baglivi avait écrit : « Ipse enim, ut vera fatear, quæ dili-
» gente observatione, et maturâ didici meditatione, à
» duabus potissimum causis malignas has febres pen-
» dere observavi; inflammatione viscerum, et apparatu
» pravorum crudorumque humorum in primis viis,
» velin massâ sanguinis. » (Op. cit., page 52).

M. le professeur Bouillaud considère aussi la fièvre typhoïde comme une maladie complexe qui résulte de la combinaison d'une inflammation proprement dite avec l'action de matières plus ou moins putrides, consécutivement introduites dans le système sanguin. (Art. *fièvres*. Dict. de méd. et de chir. prat. p. 119).

Il n'a fait en cela qu'adopter l'opinion qui compte le plus de partisans parmi les élèves de l'école de Paris.

Il est donc intéressant pour la science de discuter et de juger les raisons sur lesquelles elle est fondée. Ces raisons se résument dans les suivantes.

1° Il est évident que la lésion organique de l'intestin est le point de départ de tous ces accidents, puisqu'on la rencontre à toutes les époques de la maladie, et plusieurs faits peuvent être cités pour démontrer la vérité de cette assertion (On n'en cite que deux).

Un ouvrier des environs de Limoges, âgé de trente-deux ans, habitant Paris depuis cinq mois, meurt de pneumonie dans le *début* de la fièvre entéro-mésentérique, et chez lui on trouve les plaques formées, et les glandes du mésentère commençant à se tuméfier. Cette altération n'est point le produit de la fièvre, *car celle-ci n'était pas encore développée*. (Recherches sur la fièvre entéro-mésentérique, page 148-150).

Si cette altération n'était qu'un effet produit par une crise, on ne l'aurait pas non plus rencontrée chez le malade qui fait le sujet de la vingt-unième obs. (ouv. cité, p. 106.), et qui mourut des suites d'une hémoptysie avant que la maladie eût parcouru *tous ses périodes*, ou du moins elle eût été moins avancée, moins profonde que dans les cas où la fièvre *avait suivi toutes ses stades*. Or, les plaques furent trouvées très-volumineuses, très-saillantes. Leur inflammation était très-vive; et plusieurs d'entre elles offraient des ulcérations manifestes, etc. Autre preuve que la lésion organique était primitive (Ibid., p. 151-152).

2° Si on supposait pour un moment qu'elle est consécutive, le bas-ventre devrait être indolent dans ses premiers jours; rien ne devrait indiquer sa présence dans cette région avant l'accomplissement de la crise; de même qu'aucun symptôme n'annonce les parotides critiques ou symptomatiques, et les dépôts qui surviennent si fréquemment dans le cours des fièvres adynamiques.

Or, la douleur du bas-ventre précède l'origine de la fièvre, elle l'accompagne dans son développement et persiste jusqu'à la mort, à moins que dans les derniers instants de la vie la perte de la sensibilité n'en rende le sentiment obtus; plus le ventre est douloureux, tendu et résistant, plus la maladie est grave; et elle s'aggrave encore par l'action des irritants, des purgatifs, par exemple (Ouvr. cité, p. 152 153).

3° Puisque le délire offre cette particularité, qu'on peut le faire cesser en parlant au malade, et en fixant son esprit par des questions assidues; puisque la saignée et les ablutions froides sur la tête n'en modèrent pas l'intensité; puisque toute irritation portée sur l'intestin irrite secondairement le délire, et qu'à l'ouverture des cadavres on ne trouve sur le cerveau et ses membranes aucune altération en rapport avec la constance de ce symptôme, évidemment il ne dépend pas d'une excitation immédiate du cerveau, et par conséquent il n'est que symptômatique de l'affection du bas-ventre. (Ouvr. cité, p. 157-158).

4° Quant à la fièvre qui est le résultat de cette affection, elle n'est pas simplement nerveuse, c'est-à-dire dépendante uniquement de l'irritatiou de la muqueuse intestinale; car en cherchant à prévenir cette irritation, ou en la combattant, lorsqu'elle existe, par des émollients et des mucilagineux, on n'arrête pas les progrès de la maladie, et les malades meurent... La fièvre est donc entretenue par un principe matériel qui pénètre la généralité des solides (Ouvr. cité, p. 160-161).

5° Ce principe délétère particulier, émané peut-être de l'intestin et des glandes du mésentère, est porté par l'absorption dans la masse des humeurs, et infecte par suite toute l'économie. Cette hypothèse explique la gravité de la maladie, quoique la cause qui l'a produite ne soit point mortelle par elle-même, et la nécessité des toniques et des révulsifs (Ouvr. cité, p. 162).

6° A l'appui de cette hypothèse viennent encore des faits nombreux qui ont appris qu'au niveau des surfaces enflammées s'exerçait *quelquefois* une résorption de matières plus ou moins délétères, qui, par leur introduction dans la masse du sang, changeaient nécessairement les qualités physiques et chimiques de ce liquide, et por-

taient par suite une atteinte plus ou moins profonde à toutes les fonctions; et de tous les organes, celui dont l'inflammation doit le plus facilement donner lieu à une complication de ce genre, est l'intestin grêle, réservoir de matières tendant à la putréfaction (Bouillaud, art. fièvres, p. 118-119.)

J'ai voulu reproduire dans toute leur force les principaux arguments des pathologistes qui pensent que l'altération du sang est *toujours* consécutive à la lésion intestinale.

Je vais maintenant les reprendre un à un.

1° Plusieurs objections peuvent être faites, relativement aux deux observations rapportées par MM. Serres et Petit.

En premier lieu, je ne conçois pas qu'un malade, dans le début d'une fièvre typhoïde, meure de pneumonie, *sans fièvre*; et ensuite ces mots *dans le début* sont bien vagues; est-ce deux heures, un jour, deux jours après l'invasion de la fièvre entéro-mésentérique, *sans fièvre*, que la mort est survenue?

Quant à la seconde observation, je la vois avec étonnement citée par MM. Serres et Petit à l'appui de leur opinion. La voici en résumé :

Pierre Grillé, âgé de 20 ans, à Paris depuis six mois, d'une constitution scrofuleuse, boit de l'eau le 7 septembre, après un grand exercice, et il éprouve à la suite une grande faiblesse de l'estomac et des membres inférieurs, qui dure cinq ou six jours.

Puis il survient du dévoiement; l'appétit se perd; la bouche est mauvaise, le mal de tête très-fort; les jours suivants, le dévoiement augmente, ainsi que la céphalalgie; des nausées sans vomissements et une douleur au bas-ventre se manifestent. Le malade entre à la clinique le 22 septembre, et meurt le 25.

A l'autopsie, on trouve les dernières plaques de l'iléum très-rouges, ulcérées profondément: on observe au fond de certains ulcères des fibres de la membrane musculeuse.

Et de ce que ces lésions existent au dix-huitième jour de la maladie, on voudrait en conclure que la phlegmasie intestinale est primitive à l'altération du sang. J'en tirerais, moi, une conclusion absolument opposée, mais ici je prends le fait sans le commenter.

Les ulcérations des follicules peuvent exister au commencement du troisième septénaire; voilà ce que prouverait, à la rigueur, l'observation précédente; je dis à la rigueur, car Grillé était phthisique, et chez ce malade on devrait peut-être considérer les ulcérations de l'intestin comme une conséquence de l'affection tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, bien d'autres observations, à défaut de celle-ci, démontrent que les ulcérations des plaques gaufrées existent longtemps avant que la fièvre typhoïde ait parcouru tous ses périodes.

M. Bretonneau les a même rencontrées une fois le cinquième jour, et M. Andral une fois aussi le sixième. En théorie, de pareils faits semblent faciles à comprendre.

Que la dose d'un poison soit augmentée, ses effets ne seront-ils pas et plus rapides et plus marqués? Eh bien! supposez que le principe, inconnu dans sa nature, dans son mode d'action même, si vous voulez, qui produit l'altération des follicules intestinaux, soit introduit en quantité plus considérable, et ses effets seront plus marqués et aussi plus rapides.

Qu'on accepte ou qu'on rejette cette explication, toujours est-il que jusqu'à présent aucun fait bien authentique n'établit que la phlegmasie intestinale soit primitive aux symptômes généraux annonçant l'affection générale des solides et des liquides.

Je dirai plus : il est des cas, et des cas assez nombreux où, pour rendre compte des accidents typhoïdes, on ne trouve rien, absolument rien du côté du tube digestif; et ces accidents restent inexplicables d'après cette théorie qui les fait dépendre d'une résorption délétère qui a lieu à la surface de la membrane muqueuse enflammée. Pour moi (et j'espère le démontrer bientôt), tous les faits de ce genre observés par MM. Bouillaud, Louis, Dalmas, Martinet, Neumann, Allison, Andral, etc., ne sont pas plus des faits *exceptionnels* ou *mal observés* que des cas de variole sans éruption (variola sine variolis), et ils rentrent naturellement dans la classe de ceux où l'on trouve les plaques de Peyer ulcérées.

2° On a commis une grave erreur d'observation lorsqu'on a dit que *la douleur du bas-ventre précède l'origine de la fièvre.*

Cette douleur manque complétement dans un assez grand nombre de cas pendant toute la durée de la maladie; dans les cas où elle existe, elle est toujours moins forte que dans la gastro-entérite simple, et elle ne se montre que d'une manière passagère et en quelque sorte fugitive. Ce n'est que fort rarement qu'elle est un peu vive, et presque constamment elle a été précédée, ainsi que la diarrhée, par une céphalalgie plus ou moins intense.

Pour se convaincre de la vérité de ces assertions, il suffit de parcourir le premier volume de la clinique de M. Andral, les leçons sur la fièvre typhoïde de M. Chomel, les recherches sur la gastro-entérite de M. Louis, etc., etc.

3° Il me semble aussi impossible d'admettre que le délire est toujours le résultat sympathique de l'affection du bas-ventre.

Mes raisons? les voici :

On ne trouve aucun rapport constant entre l'état de l'intestin grêle et la lésion des fonctions nerveuses.

Pour expliquer ces symptômes typhoïdes par lesquels le système nerveux traduit sa souffrance, tantôt, en effet, on ne rencontre qu'une ou deux plaques de Peyer ulcérées ou seulement tuméfiées, et alors il est permis peut-être d'hésiter à rapporter des accidents si graves à de si faibles désordres; tantôt, comme je l'ai déjà dit, l'intestin grêle ne présente aucune lésion appréciable. On peut lire à cet égard les observations 35 63, 64, 65, consignées dans le tome premier de la clinique de M. Andral, où nulle part, ni dans les centres nerveux, ni dans l'iléum, ni ailleurs, on n'a pu constater une altération organique qui rendît compte des phénomènes ataxo-adynamiques qui avaient précédé la mort.

Ainsi, d'une part, symptômes nerveux, variables en intensité, mais toujours présents; d'autre part, variété de l'altération des follicules intestinaux et des glandes mésentériques, absence même de toute lésion appréciable de ces organes, et quelquefois de tout autre; voilà ce que l'observation nous démontre, et ce qui me fait dire : « Non, les désordres fonctionnels des centres » nerveux ne sont pas toujours, dans la fièvre typhoïde, » le résultat sympathique d'un état morbide de l'in- » testin. »

4° Je suis convaincu, comme MM. Petit et Serres, que la fièvre typhoïde est entretenue par un principe délétère répandu dans toute l'économie; mais je dois

observer que ceci ne prouve rien relativement à la préexistence de la phlegmasie intestinale.

5° S'il est probable que dans quelques cas un principe délétère puisse être résorbé au niveau des plaques de Peyer enflammées, il n'en résulte pas que toujours les choses se passent ainsi. Dans les faits nombreux rapportés par les auteurs, où la membrane muqueuse intestinale ne présente aucune trace de phlogose, il faut bien admettre que c'est par une autre voie que l'agent délétère a pénétré la généralité des solides et des liquides. C'est d'ailleurs l'opinion de M. Bouillaud :

« Il est des cas où les lésions des liquides paraissent avoir *préexisté* à celles des solides... Dans d'autres cas, les lésions des liquides ont été *consécutives* à celles des solides, *ce qui toutefois n'est pas aussi commun qu'on pourrait le croire.* » (Dict. de méd. et de chir. prat., t. x, pag. 19).

6° Par cela seul que dans l'iléum séjournent des matières tendant à la putréfaction, que cette portion du tube digestif enflammée puisse facilement devenir le siége d'une résorption putride, c'est une vérité prouvée par le raisonnement et l'observation : mais encore ici, il me faut répéter que cette inflammation n'étant ni toujours primitive, ni même constante, cette ingénieuse théorie d'infection n'est pas applicable à la fièvre typhoïde ; elle explique seulement d'une manière parfaitement rationnelle l'*état* typhoïde qui survient durant le cours de certaines phlegmasies gastro-intestinales.

J'arrive donc à conclure que *la fièvre typhoïde n'est pas une phlegmasie intestinale avec altération consécutive du sang.*

IV.

La fièvre typhoïde consiste-t-elle dans une altération primitive du sang, le plus ordinairement accompagnée d'une lésion spéciale des follicules sécréteurs de la membrane muqueuse de l'iléum?

Ainsi posée, cette question eût, naguère encore, semblé pour le moins étrange : c'est qu'un temps a été où toute maladie résultait, en général, d'une augmentation ou d'une diminution de l'excitabilité; où à peine on reconnaissait que, dans quelques cas excessivement rares, un obstacle à la circulation, une altération du sang et de la nutrition pouvaient amener un état morbide, où l'habitude était de ne guère tenir compte que des empoisonnements opérés par les voies digestives ou l'absorption cutanée; où enfin on localisait tout dans les solides, la fièvre intermittente comme la variole, le typhus comme les scrofules, la syphilis comme la peste? Aussi quelle place occupaient alors, en pathologie, les maladies causées par altération primitive du sang?

Nous sommes moins exclusifs aujourd'hui que la théorie de l'infection a fixé de nouveau l'attention des observateurs, et que l'on a compris, à la fin, le rôle immense que joue en physiologie l'absorption pulmonaire (Ségalas, Arch. génér. de méd., 18 octobre 1824, p. 293).

Nous sommes revenus, bon gré, mal gré, à certaines idées des Celse, des Fernel, des Lancisi et de quelques autres, parce que ces idées étaient vraies. (De re medicâ, t. 1 p. 47; et de flatibus, sect. III, p. 287, edente Foësio. — Universa medicina, etc., de abditis rerum causis, lib. II, p. 497. et seq. — Dissert. de nativis deque adventitiis romani cœli qualitatibus, p. 16). Personne n'ignore à présent l'action pernicieuse exercée sur toute l'économie par des aliments malsains et des boissons corrompues (Rostan, Méd. cliniq., p. 6), et la facilité avec laquelle beaucoup de poisons se mêlent à l'atmosphère (Biblioth. méd. Hermstadt, septembre 1831, p. 392).

D'où il résulte que l'absorption peut faire arriver dans le sang, et consécutivement à tous les organes, une foule de miasmes plus ou moins délétères.

D'un autre côté, nous savons encore combien d'agents extérieurs, sans se mêler au sang, peuvent altérer ses propriétés. L'électricité, la lumière (Monchini, Revue britannique, août 1826; — Pouillet, Élem. de physique, tom. I, pag. 527), le calorique, le froid excessif, sont des modifications dont l'énergique influence sur la composition du sang n'est révoquée en doute par personne (Biblioth. méd., mars 1822, p. 248; Arch. génér. de méd., août 1823, p. 624; Bulletin de la Société méd. d'émulation, novembre 1823; Expériences de Rossi et de Bellingeri).

Les lésions primitives du sang forment donc, à elles seules, une grande classe de maladies. — Y rangerons-nous la fièvre typhoïde?

Si je ne me trompe, on est en droit de se décider pour l'affirmative?

Je crois avoir suffisamment établi que, dans cette affection, il y a autre chose qu'une inflammation du tube digestif;

Que ce quelque chose de plus, c'est une altération profonde de l'innervation et de l'hématose.

Et cette altération, nous l'avons vu aussi, il est impossible, dans l'immense majorité des cas, de l'attribuer à la phlegmasie intestinale.

Sans diminuer la valeur de l'inflammation des follicules, si grande comme *lésion caractéristique de la maladie*, ne serait-il pas permis de penser qu'elle est un des résultats de l'action toxique exercée à la fois sur les organes de l'hématose et sur les centres nerveux par un principe morbide *spécial* charrié par le sang?

Ce principe, je le sais, personne n'en connaît la nature, personne même ne l'a vu; mais sont-ce là des raisons suffisantes pour en nier l'existence?

MM. Devèze (Traité de la fièvre jaune, p. 164), Bouillaud (Arch. génér. de méd., janvier 1828, p. 103), Roche (Élém. de pathol., tom. V, p. 711), avaient-ils vu le virus variolique ou le virus morbilleux, connaissaient-ils la nature de ces virus, lorsqu'ils ont admis que, dissous dans l'air, ils se transmettaient par les poumons? Connaît-on mieux les agents morbides qui produisent la dyssenterie, la peste, le choléra, les fièvres intermittentes, la scarlatine et toutes les maladies épidémiques?

Parce qu'on ne retrouvera plus dans le sang l'acide exotique qu'on y injecte par les veines, même en assez grande quantité (Arch. génér. de méd., avril 1823, p. 574, dira-t-on qu'en pareil cas la mort n'est pas due à une altération primitive du sang?....

Il faut donc convenir que, dans l'état actuel de la science, il y a des maladies qui reconnaissent évidemment pour point de départ une lésion du sang, dans lesquelles cependant cette lésion est non-seulement inconnue dans sa nature, mais très-souvent impossible à constater.

Or, si nous sommes forcé d'admettre certaines al-

térations du sang, quoiqu'elles échappent à tous nos moyens d'investigation, par quelle raison refuserions-nous de penser que la fièvre typhoïde est le résultat de l'action délétère d'un sang primitivement vicié, lorsque, dans cette maladie, nous retrouvons toujours des symptômes et des lésions analogues aux symptômes et aux lésions qu'on observe chez les animaux empoisonnés par des injections putrides, et que très-fréquemment, comme chez ces derniers, le sang paraît visiblement altéré dans ses qualités physiques ?

Mais cette analogie de la fièvre typhoïde avec les empoisonnements par des substances putrides, sous le double rapport des symptômes et des lésions, à peine quelques auteurs l'ont-ils indiquée, et l'immense majorité des médecins la rejette ; à tort, selon moi. C'est ce que je vais essayer de prouver.

Dès les premières années du dix-neuvième siècle, lorsqu'on posa de nouveau cette question fondamentale : *Y a-t-il des maladies putrides*, c'est-à-dire des états morbides produits par un principe putride introduit dans les voies de la circulation, et provenant soit de l'air, soit des aliments, etc. ?

De laborieux observateurs cherchèrent à la résoudre par des expériences sur les animaux vivants ; et la science s'enrichit de faits qui conduisirent à cette conclusion remarquable, que « le putrilage des substances » animales ou végétales, introduit dans le sang, agis- » sait spécialement sur la membrane muqueuse des » voies digestives par irritation inflammatoire et hé- » morrhagique. » (Journal de M. Magendie, janvier 1822).

D'autres observateurs, par une étude attentive et savante de l'homme malade, reconnurent aussi qu'une foule de maladies sporadiques, endémiques et épidémiques, naissent sous l'influence d'une altération du sang ; et pour motiver une pareille conviction, ils se fondèrent :

1° Sur la certitude, la probabilité ou la possibilité d'un rapport entre le malade et l'atmosphère d'un foyer ;

2° Sur l'analogie reconnue entre les phénomènes présentés par certains malades, et ceux qu'ils eussent offerts par suite de l'application immédiate de la substance dont les émanations avaient dû s'échapper (plomb, mercure, ellébore, tabac) ;

3° Sur ce qu'aucune influence, autre que des émanations, ne paraissait pouvoir rendre compte du développement et des caractères de la maladie observée ;

4° Enfin, sur l'analogie marquée qu'on trouvait entre certaines maladies de source inconnue, et celles que cause, à n'en pas douter, l'influence des émanations. (Dict. de méd. et de chir. prat., art. *Émanations*, t. VII, p. 79.)

Il fut ainsi démontré que, dans plusieurs cas, la lésion matérielle d'un organe n'était qu'un effet, qu'un accident de la maladie ; et alors M. le professeur Rostan écrivit son chapitre sur les maladies des fluides (Méd. clin., tom. II, 2e édit.) ; M. le professeur Andral créa sa quatrième section des altérations du corps humain (Précis d'anat. pathologique) ; M. Roche, sa quatorzième classe de maladies (Élém. de pathologie, tom. V), et l'illustre médecin du Val-de-Grâce proclama que « tout médecin, tant soit peu imbu des » idées de physique et de chimie, et surtout de phy- » siologie pathologique, ne devait plus ignorer que » les liquides peuvent être le véhicule de certains » virus, de certains miasmes qui n'attaquent les soli- » des qu'après avoir altéré les humeurs ! » (Exam. des doct., tom. IV, p. 560.)

Le temps et l'espace me manquent pour multiplier les citations. Parmi tant de faits, qui viennent à l'appui de l'opinion que j'ai adoptée, je ne puis en prendre que quelques uns ; je tâcherai qu'ils soient significatifs.

Je me borne donc à rappeler que, selon M. Roche (art. Entérite du Dict. de méd. et de chir. prat., p. 306), M. Scouttetten fait naître à volonté, sur des chiens, l'*entérite folliculeuse*, en les nourrissant avec des viandes gâtées, ne leur donnant à boire que de l'eau corrompue, et les forçant à séjourner dans un lieu sombre, humide, et dont l'air est saturé de miasmes provenant de leurs aliments et de leurs propres excrétions.

Et je rapporte seulement les trois expériences suivantes faites par un médecin dont la sagacité et la bonne foi sont connues, M. B. Gaspard. Elles jetteront, j'espère, quelque jour dans la discussion.

Expérience quatorzième (Journal de M. Magendie, janvier 1822, pag. 13-14). Le 18 juin 1809, j'ai injecté dans la jugulaire d'une petite chienne une demi-once de jus ou liquide fétide provenant de la putréfaction simultanée de viande de bœuf avec du sang de chien. Au moment même l'animal exécuta plusieurs mouvements de déglutition, et bientôt après éprouva de la *dyspnée*, *du malaise et de l'abattement*. Il se coucha sur le côté, *refusant tout aliment*, et ne tarda pas à rendre des excréments, puis de l'urine ; mais, au bout d'une heure, *prostration des forces*, *déjections alvines*, gélatineuses et sanguinolentes, souvent renouvelées ; apparence de dyssenterie, rougeur de la conjonctive ; ensuite, poitrine douloureuse, *ventre rénitent et sensible au toucher*, *extinction progressive des forces*, *vomissement* bilieux, gélatineux et sanguin.... mort trois heures après l'injection putride. A l'ouverture du corps chaud, poumons enflammés d'une manière particulière, ou plutôt engorgés, peu crépitants, d'une couleur violette ou noirâtre, avec *beaucoup de taches enchymosées ou pétéchiales*, qui existaient aussi dans le tissu du ventricule gauche du cœur, dans celui de la rate, des glandes mésentériques, de la vésicule biliaire, et même dans *le tissu cellulaire sous-cutané*. Le péritoine contenait quelques cuillerées de sérosité rougeâtre ; mais la *membrane muqueuse du canal digestif était principalement affectée* ; celle de l'estomac était légèrement enflammée ; celle des intestins, et surtout du duodénum et du rectum, l'était considérablement, avec couleur livide, ponctuation noire, enduit gélatineux et sanguinolent semblable à de la lie de vin ou à de la lavure de chair. Au reste, cette inflammation était accompagnée d'un faible épaississement des tissus, et avait un aspect hémorrhagique ou scorbutique.

Expérience quinzième (ibidem, p. 14-15). Le 10 novembre 1820, j'ai répété l'expérience précédente en injectant, dans la jugulaire d'un assez gros chien, une once d'un fluide ou jus épais et rougeâtre provenant de la macération et digestion dans l'eau d'un peu de viande de bœuf déjà fétide. Or, l'animal n'était pas encore délié, qu'il a aussitôt évacué des excréments liquides très-puants, avec beaucoup d'urine : efforts fréquents d'expulser les matières fécales, respiration accélérée et profonde, *pouls petit et précipité*, *anéan-*

tissement des forces, décubitus latéral, à peine possibilité de se maintenir placé sur ses pattes;... au bout d'une heure, le ténesme amène une espèce de *diarrhée* ou *dyssenterie*, signalée par des déjections liquides, sanieuses, sanguinolentes, fétides, lesquelles continuent jusqu'à la mort, qui survient deux heures et demie après la funeste injection. A l'ouverture du cadavre chaud, *mêmes lésions* que dans l'expérience précédente; poumons parsemés de taches livides, brunâtres, noirâtres, larges comme un centime; canal intestinal rempli de sanie mucoso-sanguine dyssentérique, semblable à celle des déjections; membrane muqueuse intestinale également rouge, livide, et d'un aspect hémorrhagique ou scorbutico-inflammatoire.

Autre expérience. (Ibidem, octobre 1825, p. 324-326.) — Le 14 novembre 1823, j'ai injecté une once d'eau putride où avait macéré de la viande de bœuf, dans l'artère crurale d'un chien moyen, qui, dans le moment, éprouva beaucoup de douleur et d'agitation..... Le *quatrième jour*, j'injectai avec le plus grand soin et sans le moindre accident, dans l'artère crurale de l'autre membre, une once et demie de putrilage récent, très-fétide et très-concentré, de viande de bœuf... A l'examen du cadavre, la surface extérieure des cavités gauches du cœur était parsemée de petites ecchymoses d'un rouge noir; en outre, il y avait dans l'oreillette gauche une concrétion polypiforme jaune-blanchâtre, comme graisseuse, adhérente par une surface enflammée à la paroi auriculaire, et semblable à celle dont j'ai parlé ailleurs (Mémoire sur les maladies putrides). Dans le ventre, le canal intestinal était rempli de sanie d'un brun rougeâtre, ou plutôt de sang altéré. Il y avait même des matières fuliginiformes aux environs du pylore, dans le duodénum et dans l'estomac. *La membrane muqueuse de ces deux organes, ainsi que celle du jéjunum et du rectum*, étaient pénétrées de sang, avaient une apparence scorbutique et une couleur lie-de-vin, mais sans aucun épaississement inflammatoire. On voyait, en outre, *çà et là dans le jéjunum plusieurs plaques ovales et oblongues où la membrane muqueuse paraissait détruite*, avec amincissement singulier des parois intestinales.

Je suis peut-être dans l'erreur; mais après avoir lu ces trois expériences et notamment les seizième, dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième, vingtième, etc. (ibidem); après avoir longtemps réfléchi à leurs résultats et à ceux que M. Scoutteten dit avoir obtenus, il me semble que l'analogie de la fièvre typhoïde avec la plupart des empoisonnements putrides devient incontestable.

J'ai parcouru un grand nombre d'observations d'affections typhoïdes rapportées par d'excellents observateurs, entr'autres par MM. Bouillaud, Andral, Chomel, Louis, etc. J'ai eu moi-même occasion d'en observer bien des cas, notamment à Paris en 1834 et 1835, et dans tous, je le dis avec une conviction profonde, j'ai trouvé réunis ou séparés presque tous les signes qui, dans les expériences sur les animaux, caractérisent l'injection dans le sang de matières putrides :

1° Ces prodromes ou symptômes de malaise général, qui indiquent le moment où le principe putride est absorbé.

2° Les accidents du côté du système nerveux, tels que la céphalalgie, le délire, les mouvements convulsifs, les soubresauts des tendons, etc., qui annoncent que l'agent délétère, transporté par le sang, agit sur les centres nerveux.

3° Ces symptômes généraux d'excitations, tels que l'altération du pouls, la chaleur de la peau, etc., et ces hypérémies locales, actives ou passives, variables par leur intensité et leur siége, qui se montrent lorsque le sang vicié a été mis en contact avec tous les organes, et que ceux-ci commencent à réagir contre lui, si l'on peut ainsi dire.

4° Enfin, cette réaction générale, cet effort éliminateur de toute l'économie, qui se manifeste par des sueurs ou des vomissements, ou des selles abondantes, par des hémorrhagies, des ecchymoses pétéchiales, des éruptions cutanées, des bubons, des parotides, des gangrènes.

Ainsi, déjà par l'examen seul *des symptômes*, la fièvre typhoïde se rapproche d'un empoisonnement septique plus que de toute autre maladie.

L'examen du *sang* et l'appréciation des *lésions cadavériques* achèvent presque de lever, à cet égard, toute espèce de doute.

Je commence par l'examen du sang. Il est très-souvent possible d'établir que ce fluide est altéré chez les malades qui meurent de fièvre typhoïde.

« Si les symptômes de l'affection typhoïde, dit M. Louis, diffèrent beaucoup de ceux des autres, il en est de même de l'état du sang, à part celui des individus atteints de maladies cérébrales. » (Rech. sur la gastro-ent., t. 2, p. 311.)

M. Chomel pense aussi que les altérations observées dans le sang après la mort sont assez différentes de celles que l'on rencontre ordinairement après d'autres maladies pour mériter une attention particulière : cet habile observateur l'a trouvé noir, sans caillots fibrineux, 24 fois sur 30. (Fièvre typhoïde, 1834, p. 268-269.)

On peut encore lire plusieurs cas de fièvre typhoïde où l'altération du sang a été facilement constatée, dans les ouvrages de MM. Bouillaud, Louis, Clanny de Sunderlant, Stevens, Andral, etc. Parmi les observations recueillies par le savant auteur de la Clinique médicale, j'indiquerai, entre autres, les huitième, onzième, quinzième, dix-septième, trentième, trente-et-unième, trente-deuxième, trente-cinquième, quarantième, quarante-quatrième et soixante-troisième.

L'état du sang confirme donc plus d'une fois les points de ressemblance qui existent entre la fièvre typhoïde et un empoisonnement. En est-il de même *des lésions organiques?*

Des trois expériences que j'ai rapportées, de celles de M. Scoutteten et d'une foule d'autres, il résulte que la présence des corps putrides introduits dans le sang, soit au moyen de l'injection veineuse ou artérielle, soit au moyen de l'absorption séreuse, cellulaire ou muqueuse, *a pour résultat général et constant une inflammation particulière de la membrane muqueuse du canal digestif.*

Et c'est aussi *une inflammation spéciale des plaques de Peyer et des glandes du mésentère qu'on rencontre dans l'immense majorité des cas de fièvre typhoïde.*

Je conviens maintenant qu'une altération appréciable du sang est loin d'être constante, c'est-à-dire que dans des cas nombreux, les plus nombreux même, rien ne prouve directement que le sang soit vicié; mais qu'est-il permis de conclure de pareils faits?

La chimie animale est-elle science si avancée ou si simple qu'on ose soutenir que dans tel ou tel cas le sang n'est pas altéré, parce qu'il aura aux yeux du médecin qui fait l'autopsie, aux yeux même du chimiste le plus habile, sa couleur et sa consistance normales? L'observateur le plus attentif, le plus exercé, reconnaîtrait-il donc à la simple vue la viciation du sang par le virus syphilitique, le virus morbilleux, le virus rabique, la noix vomique, l'acide oxalique et mille autres poisons? et je dis plus encore : quel chimiste se croirait en droit d'affirmer, même après l'analyse la plus savante et la plus minutieuse, que la mort n'est pas due à l'un de ces agents, parce que sa présence dans le sang n'aurait pas été reconnue? La seule conséquence rigoureuse de tous ces faits, en quelque sorte négatifs, c'est que très-souvent des preuves directes manquent pour établir que le sang est altéré.

Or, s'il en est ainsi, lorsque je vois dans la fièvre typhoïde une lésion morbide, variable en intensité, mais pour ainsi dire constante, de la peau et des membranes muqueuses digestives, caractère commun à tous les empoisonnements miasmatiques, à la variole, à la vaccine, à la rougeole, à la syphilis, au typhus, à la peste, à la fièvre jaune, à la rage, en un mot à toutes les maladies où le sang est altéré par un principe dont l'élimination est nécessaire; lorsque j'observe, en outre, tant d'autres phénomènes morbides analogues à ceux qui se produisent sous l'influence évidente d'un sang vicié, ne me faut-il pas physiologiquement conclure que dans le premier cas, comme dans le second, la cause première des désordres doit être rapportée à une lésion du sang? et ne suis-je pas confirmé dans cette pensée lorsque je vois toujours apparaître ces phénomènes fondamentaux, qu'il y ait ou non phlegmasie des follicules muqueux de l'intestin?

Je viens d'indiquer l'analogie frappante qui me semble exister entre une affection typhoïde et une maladie du sang, d'après la comparaison des symptômes et des lésions cadavéreuses qui caractérisent, en général, ces deux états morbides.

Je trouve encore des preuves de cette analogie dans les circonstances au milieu desquelles apparaît ordinairement l'affection typhoïde. Les causes considérées par tous les observateurs comme prédisposantes et occasionnelles de cette maladie, ne semblent-elles pas toutes, en effet, devoir porter d'abord leur action malfaisante sur la masse du sang? N'est-ce pas du moins sur ce fluide, aliment excitant commun de tous les tissus, qu'agissent primitivement et surtout les émanations putrides, les miasmes qui se dégagent du corps des malades entassés dans les lieux où l'air ne se renouvelle pas, une alimentation insuffisante ou malsaine? etc.

Causes présumées, symptômes, lésions pathologiques, tout m'autorise donc à ranger la fièvre typhoïde dans les maladies du sang.

J'ai obtenu de mon travail ce que j'en désirais, et ce n'était pas une conclusion absolue, mais seulement une opinion raisonnée sur les altérations qui dans la fièvre typhoïde doivent être considérées comme primitives. Cette opinion, la voici :

Puisque la fièvre typhoïde n'est pas une entérite simple;

Puisqu'elle n'est pas davantage une entérite avec altération consécutive du sang;

Puisque sous le triple rapport des causes, des symptômes et des lésions cadavériques, elle ressemble aux empoisonnements miasmatiques étudiés chez l'homme, et aux maladies artificiellement produites chez les animaux par l'introduction dans le sang de matières putrides;

Puisqu'avec des symptômes variables suivant l'intensité, le siége, la présence ou l'absence des lésions d'organes, elle se montre toujours caractérisée par des symptômes constants dus à l'état morbide du sang;

Je crois que dans l'état actuel de nos connaissances, « cette maladie doit être considérée comme le résultat » d'une altération primitive et spéciale du sang, dont » l'effet, on peut dire constant, est une éruption varioliforme » à la tunique muqueuse de l'intestin.

« Toutes les autres altérations notées par les observateurs ne sont que secondaires. »

Observation de gangrène spontanée; par M. Liégard, de Caen.

Madame Gandon, âgée de 52 ans, mère de trois enfants, d'un tempérament nerveux, d'une faible constitution, et ayant éprouvé, presque toute sa vie, des palpitations qui paraissent tenir à une lésion organique du cœur, fut prise, sans cause connue, le 22 janvier 1836, de douleurs très-violentes dans la partie postérieure de la jambe gauche. La malade se plaignait aussi de céphalalgie et d'oppression; le pouls était dur, très-irrégulier, mais c'était son état habituel. — Une saignée de 10 onces, diète, limonade, cataplasme émollient sur la jambe gauche. Le 23, la céphalalgie n'existe plus, mais les douleurs de la jambe sont intolérables; ce membre, examiné avec soin, n'offre rien de remarquable; le pouls n'a pas changé depuis la veille, la langue est naturelle, la soif nulle; on permet le bouillon de veau et le lait coupé. Huit sangsues (sur la demande de la malade) sont appliquées à la partie postérieure et inférieure de la jambe, cataplasmes. Le 24, même état : on frictionne la jambe, matin et soir, avec un mélange d'opium et d'eau-de-vie camphrée (4 gr. par once); mais ces frictions paraissent encore exaspérer les douleurs. On fait aussi prendre la poudre de digitale pourprée en pilules; 4 à 8 grains par jour, graduellement. Le 25, la malade se plaint que *son pied est mort, et qu'elle ne le sent plus.* Ce pied, en effet, est un peu froid, et les orteils pincés fortement ne sont pas douloureux; le dessus du pied est au contraire très-sensible; le gros orteil exécute encore des mouvements volontaires. Le 26, le pied est à son tour complétement insensible; les orteils ne remuent plus, ils sont fléchis en bas ainsi que le pied, qu'on ne peut relever qu'avec difficulté : il offre une résistance analogue à celle qui résulte de la rigidité cadavérique. On entretient la chaleur à l'aide de sacs remplis de sable chaud. Le 27, un autre médecin vient voir la malade; il pense que cette maladie provient d'un épanchement sanguin dans le cerveau, il fait appliquer vers l'épigastre douze sangsues. La jambe est insensible, mais le genou conserve toute sa sensibilité. Le 28, le pouls est affaibli par la perte du sang, et il offre toujours la même irrégularité. Les douleurs sont toujours très-fortes; la partie interne du pied et de la jambe est violacée ainsi que les orteils

qui sont racornis et recourbés vers la plante du pied. Le genou est à son tour insensible, ainsi que la cuisse, jusqu'à environ 4 pouces du grand trochanter; en dehors et en dedans la perte de la sensibilité s'étend un peu moins haut. Le 29, les *lividités cadavériques* sont très-prononcées, et s'étendent jusqu'au-dessus du genou; les veines sur le pied et sur la jambe sont toutes parfaitement dessinées sous la peau, un sang noir et stagnant les distend. Le 30, toutes les veines sont beaucoup plus noires que la veille, la peau qui les recouvre est comme *parcheminée* et attirée vers elles. L'extrémité des orteils, plusieurs places de la jambe et du pied sont noires et complétement gangrenées, mais ne portent pas une odeur bien notable. Le traitement consiste, comme les jours précédents, à soutenir les forces de la malade par quelques bouillons, et à calmer les douleurs, toujours très-violentes, par une portion avec les extraits de jusquiame et de thridace. Le 31, le pied et la jambe deviennent de plus en plus noirs; de larges phlyctènes remplies de sérosité roussâtre sont disséminées sur les parties latérales de la jambe et de la cuisse, qui à son tour est devenue généralement violette et tuméfiée dans tous les points qui, la veille, étaient insensibles. Une ligne parfaitement tranchée partage la portion vivante de celle qui est morte. Au-dessus, la peau est blanche et sensible; au-dessous, elle est violette et insensible. Cette ligne, située à peu près au milieu de la cuisse en avant, s'étend un peu plus haut sur les côtés et surtout en dehors. Il y a une tendance à l'assoupissement qu'explique au reste assez bien l'insomnie et l'agitation des jours précédents; le pouls offre les mêmes caractères. Le 1er février, la nuit a été très-agitée; les phlyctènes se sont crevées, et répandent une odeur assez forte; le pouls est plus faible et toujours irrégulier. Le stéthoscope représente le tumulte et l'irrégularité du pouls, mais il ne fait percevoir aucun bruit particulier de soufflet ni de rape. On recouvre le membre de compresses imbibées d'eau chlorurée; on soutient les forces avec un peu de vin de Bordeaux et du bouillon. Le 2, la couleur de la partie inférieure de la cuisse devient de plus en plus foncée; la plante du pied est dure comme du bois. On continue les mêmes moyens. Le 3, le 4 et le 5, même état; les forces se soutiennent, mais les nuits sont agitées et presque sans sommeil, malgré la potion. Le 6, la jambe, dont l'épiderme se détache par larges lambeaux, porte une odeur infecte. Les jours suivants, l'odeur est encore plus forte, parce que la cuisse, qui était tuméfiée et était devenue de plus en plus noire, s'est affaissée en laissant suinter une sérosité roussâtre abondante. Au reste, les forces se soutiennent, la malade prend du lait et du bouillon; mais les nuits étant toujours agitées et sans sommeil, on est obligé de faire prendre, le soir, une pilule composée d'un grain d'opium et de deux grains d'extrait de thridace. Le 9, l'état général s'est beaucoup amélioré; la malade a repris des forces; elle digère bien son bouillon et un potage; la gangrène est parfaitement bornée depuis plusieurs jours. L'amputation est proposée, mais la malade ne veut pas s'y soumettre. Les forces et le mieux augmentent jusqu'au 12, et cependant la malade refuse constamment l'opération. Le 14, l'odeur infecte du membre gangrené gêne beaucoup la malade elle-même: toute nourriture la dégoûte, parce qu'elle lui semble imprégnée de cette odeur; elle refuse le bouillon, et ne veut plus prendre qu'un peu de lait coupé. Le 16, les forces ont déjà beaucoup diminué; la face est pâle, les traits décomposés. On donne la limonade vineuse; le vin est toujours pris avec grand plaisir. Le 20, la malade peut à peine parler, ses forces diminuent de plus en plus, et elle s'éteint, sans agonie, le 22, à midi.

Autopsie. — Les *poumons* et les *viscères abdominaux* sont dans l'état naturel. Le *cœur* est volumineux, son *ventricule gauche* hypertrophié. Les *valvules sigmoïdes* (aortiques) présentent chacune à leur centre un noyau épais et cartilagineux de la grosseur d'un grain de blé. Les *valvules mitrales* offrent plusieurs points analogues, mais leur ossification est plus avancée; le scalpel ne peut parvenir à diviser leur partie centrale. Les *cavités et valvules du côté droit* sont à l'état normal. L'*artère aorte* est saine dans toute son étendue; seulement, son diamètre paraît un peu moins grand qu'à l'ordinaire. Immédiatement au-dessous de la bifurcation en *iliaques primitives*, celle du côté gauche est distendue par un caillot noir et consistant; ce caillot, jusqu'à la naissance de l'artère hypogastrique, est entouré par une fausse membrane épaisse, rougeâtre et résistante, qui tapisse les parois de l'artère; lorsque cette fausse membrane est enlevée, ces parois paraissent rouges, dépolies (enflammées). L'*artère hypogastrique* est obstruée par un caillot analogue à celui de l'*iliaque primitive*, mais il n'y a pas de fausse membrane, et ses dernières divisions sont *désobstruées* par le sang fourni par les anastomoses du côté opposé. L'*iliaque externe* et la *crurale* sont vides; la fausse membrane se prolonge dans la première de ces deux artères jusqu'auprès de la naissance de l'*épigastrique*: mais elle paraît moins épaisse à mesure qu'on l'observe plus inférieurement, et, comme le caillot n'y existe pas, le calibre de l'artère n'est que diminué, et il eût été susceptible de donner passage au sang. La rougeur inflammatoire se remarque encore dans la partie supérieure de la *crurale*. Le membre gangrené n'a jamais offert, au point de réunion de la partie vivante avec la partie morte, un cercle inflammatoire évident; cependant, à cet endroit, au-dessous de la peau, et jusque dans les régions les plus profondes, on remarque un pus épais et jaunâtre disséminé dans les tissus, et qui indique évidemment l'effort de la nature pour éliminer la portion gangrenée.

La *veine crurale* gauche est remplie d'un pus épais entièrement analogue à celui dont nous venons de parler; ce pus remonte assez haut vers la veine cave inférieure, mais en se mêlant de plus en plus au sang à mesure qu'on porte son examen plus près du cœur. Une fausse membrane, analogue à celle qui tapissait les parois de l'artère *iliaque primitive*, environne ce pus dans les veines *crurale* et iliaque, mais elle est moins consistante et moins adhérente; la membrane interne des veines est aussi plus lisse et moins rouge que celle de l'artère. Il est très-probable que ce pus n'a pas été le produit de l'inflammation des veines, mais qu'il a d'abord été apporté dans leur cavité, après avoir été absorbé dans les tissus qui en étaient infiltrés, comme nous l'avons vu, au point qui séparait la partie morte de la partie vivante, et qu'ensuite, par sa présence, il a déterminé une inflammation et la formation de la fausse membrane. Au reste, et cela a dû paraître remarquable (1),

(1) On n'objectera sans doute pas que les artères et les veines ont été rangées parmi les parties insensibles par les physiologistes

jamais les sensations de la malade n'ont pu indiquer un travail inflammatoire vers ces vaisseaux; et quoique, dès le principe, on ait pu facilement diagnostiquer une obstruction des artères iliaque ou crurale gauches, jamais la plus légère douleur, ressentie par la malade vers ces parties, n'a pu faire soupçonner la nature inflammatoire de l'obstacle; les douleurs ont toujours été rapportées à la partie postérieure de la jambe gauche.

Sur la coloration des poisons; par M. Chevalier.

Dans une note que j'ai publiée collectivement avec M. Boys de Lourys, nous avions établi :

« 1° Que l'on pourrait rendre moins fréquents les » empoisonnements, si l'on exigeait que les poisons, » dans un grand nombre de cas et lorsque cela ne » nuirait pas à leur emploi, fussent colorés ou rendus » sapides.

» 2° Qu'il serait utile que l'arsenic destiné au chaulage fût mêlé de poudre d'aloës dans la proportion » de dix parties d'aloës sur quatre-vingt-dix parties » d'acide arsénieux.

» 3° Qu'il en serait de même pour l'acide arsénieux » destiné à être appliqué à l'extérieur, par les vétérinaires et par quelques individus qui emploient cet » acide au traitement de la gale.

» 4° Qu'il serait convenable et nécessaire que l'acide » arsénieux destiné à l'empoisonnement des rats, des » souris et des mulots, fût mêlé au bleu de Prusse, » comme l'a proposé M. Brand, ou à de l'indigo soluble dans la proportion de quatre-vingt-dix parties » d'acide arsénieux pour dix parties de matière colorante.

» 5° Que l'arsenic métallique pulvérisé livré au » commerce pour la destruction des mouches, fût » mêlé d'un dixième de son poids de bleu soluble.

» 6° Que dans divers cas le goût communiqué par » les substances vénéneuses aux aliments empoisonnés » avait suffi pour avertir les victimes et les sauver du » danger auquel elles étaient exposées.

» 7° Que, dans d'autres circonstances, la couleur du » poison avait été un avertissement salutaire pour les » personnes dévouées à la mort (1). »

Nous avions pensé que la publication de cette note ferait prendre des mesures convenables pour prévenir des crimes ou des malheurs souvent irréparables.

Nous croyons devoir faire connaître ici quelques faits décisifs qui semblent démontrer la nécessité qu'il y a de prendre des mesures à cet égard.

Ier Fait. — *Empoisonnement de deux enfants par de l'acide arsénieux.* — On lit dans le Courrier du 11 juin 1835 : « La ville de Montluel a été le théâtre d'un événement déplorable. Deux enfants, l'un de 4 et l'autre de 6 ans, trouvèrent dans la rue un papier qui » renfermait une poudre blanche; l'ayant prise pour » du sucre, ils se mirent à en manger : le plus jeune » est mort le lendemain et l'autre est en danger. On » s'est empressé de recueillir le peu de poudre qui » restait dans le paquet, et il a été constaté que c'était » de l'arsenic. L'autopsie de l'enfant mort a eu lieu, » et la justice informe dans le but de découvrir la personne qui a causé ce malheur en ayant l'imprudence » de jeter sur la voie publique un poison qu'il eût fallu » détruire dès qu'on n'en voulait plus faire usage. »

IIe Fait. — *Empoisonnement de sept enfants, par des confitures contenant de l'arsenic.* — *L'Armoricain de Brest*, du 4 avril, contient l'article suivant : « Un événement déplorable vient de plonger la ville dans la » douleur. Un de nos limonadiers, M. Alexandre, » avait préparé depuis plusieurs années de la mort-aux-rats ou aux *cancrélas* (1), et qui était formée de » confitures dans lesquelles il avait mis de l'arsenic. » Le bocal ayant été perdu depuis longtemps de vue, » puis retrouvé il y a quelques jours, son contenu a » été pris pour des confitures qui étaient seulement » avariées, et jeté sur le fumier de la rue avec le bocal brisé.

» Des enfants, confiés aux frères de la doctrine chrétienne, venant à passer, se sont précipités sur ce poison dont ils ont mangé avec avidité; sur sept de ces » malheureux, trois sont morts. On espère sauver les » autres chez lesquels on a essayé de neutraliser le » poison. »

IIIe Fait. — *Empoisonnement de plusieurs enfants, par des débris de pâté contenant de l'arsenic.* — La Gazette du Berry donne les détails qui suivent : « Un événement affreux est arrivé ces jours derniers dans la » ville de la *Charité-sur-Loire*. Le propriétaire d'une » grande maison, étant parti pour la campagne, avait » laissé ses domestiques pour faire des rangements » dans divers appartements. Des pâtés d'arsenic préparés depuis longtemps pour la destruction des rats, » ne produisant plus d'effet, furent jugés bons à être » retirés des mansardes et des placards. Au lieu d'enfouir ce poison dans des fumiers ou dans les lieux » d'aisances, un domestique eut l'imprudence de les » jeter par les fenêtres sur la voie publique. Des élèves » de l'école mutuelle, attirés par la forme de ces pâtés et par cette gourmandise si naturelle aux enfants, » en mangèrent; aussitôt il se développa chez eux » des coliques tellement violentes, que trois de ces » petits malheureux succombèrent quelque temps » après. »

IVe Fait. — *Empoisonnement de deux enfants par des petits gâteaux trouvés dans une haie.* — On trouve dans le Journal de Paris l'article suivant : « Un événement, qui pouvait avoir les plus déplorables résul-

---

et surtout par Haller; on sait, en effet, que les tissus les plus insensibles manifestent ordinairement une sensibilité très-vive sous l'influence de l'inflammation.

(1) Parmi les mesures tendantes à rendre les empoisonnements plus rares, M. Bastien, pharmacien à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), demandait que l'arsenic blanc (l'acide arsénieux) fût livré en compte à ceux qui en font commerce, et qu'à la réquisition de l'autorité ces détenteurs fussent tenus d'en justifier l'emploi.

(1) On a donné le nom de *cancrélas*, de *kakkerlac*, à la blatte dite d'Amérique, *blatta americana* de Linné, insecte de l'ordre des *orthoptères* d'Olivier. Cet insecte, qui se trouve en très-grande quantité en Amérique, est aussi connu en Europe; il ronge les étoffes de laine, de coton, de chanvre; il détruit la plupart des meubles mal soignés, il gâte les provisions de bouche, il attaque surtout le sucre et toutes les substances douces et sucrées.

» tats, vient d'avoir lieu à Bordeaux, dans la maison, » rue du Pavillon, n° 18. Des gâteaux (on ne dit pas » quel poison ils contenaient) avaient été placés dans » la haie qui sépare le jardin de celui qui l'avoisine. » Deux enfants, âgés l'un de cinq ans, l'autre de qua- » tre, les ramassèrent et en mangèrent ; mais bientôt » après ils éprouvèrent des convulsions nerveuses, » suivies de vomissements prolongés. Des médecins » furent appelés pour constater leur état qui, heureu- » sement, à l'époque où le correspondant du journal » écrivait, ne donnait plus d'inquiétude. »

Ces faits, et d'autres du même genre qui ne sont pas parvenus à notre connaissance, démontrent toute l'utilité des mesures que nous avions proposées. Cette utilité sera démontrée plus positivement encore si cela est possible en se reportant au compte-rendu des audiences de la cour d'assises de la Hesse rhénane (Mayence), des 22, 23, 24, 25 et 26 mars 1835, audiences dans lesquelles ont comparu les femmes Jaeger (1) et Reuter, qui furent condamnées à mort, la première pour avoir empoisonné son mari, son père, sa mère, trois de ses enfants et un oncle paternel ; la seconde pour avoir empoisonné son mari.

Mais, sans chercher aussi loin, nous n'avons qu'à rappeler l'accident arrivé tout récemment à l'Hôtel des Monnaies, où douze personnes pouvaient être victimes de l'introduction dans des haricots d'un poison incolore (*l'acide arsénieux, arsenic blanc*), qui ne pouvait en raison de sa couleur donner le moindre indice aux victimes.

La nécessité de colorer les substances vénéneuses nous paraît plus évidente encore depuis que la *Gazette des Tribunaux* du lundi 14 et mardi 15 a fait connaître, en rendant compte de l'affaire d'empoisonnement de Marie Piel par sa mère et sa sœur, que la fille Angélique Piel, qui n'avait pu obtenir, en février 1835, d'un épicier de Villedieu, de l'arsenic, en avait acheté à un colporteur *qui avait empoisonné devant elle un chat pour démontrer la propriété de son poison !*

Depuis la rédaction de cet article, la Gazette des tribunaux a donné connaissance d'un empoisonnement qui aurait eu lieu à Domgermain ; empoisonnement qui aurait été commis à l'aide de l'arsenic blanc répandu sur des œufs en place de sel, et dans un saloir ; empoisonnement qui aurait déterminé des accidents graves chez trois personnes, le père, le fils et une servante. Ce fait nous a rappelé une affaire judiciaire dans laquelle nous fûmes consultés, MM. Marc, Laugier et moi. L'arsenic dans ce cas avait aussi été mêlé au sel contenu dans un de ces petits *saloirs* de bois qui, dans les campagnes, sont pendus près des cheminées. Le sel empoisonné avait été jeté : cependant il fut possible aux experts, en recueillant celui qui était resté fixé sur les parois du saloir, de l'examiner et d'y reconnaître la présence de l'arsenic blanc.

N. B. Les observations de notre honorable collègue sont très-judicieuses ; elles peuvent servir à prévenir une foule de malheurs. Nous croyons cependant que, pour plus de sûreté, l'on devrait mêler aussi aux poisons, comme on le fait pour le sel marin destiné à la fabrication de la soude, des substances ayant une odeur très-forte, telles que l'huile de cade, l'essence de térébenthine, etc. Cette double précaution serait très-utile, surtout dans le midi de la France où l'on emploie des quantités prodigieuses de deutoxyde d'arsenic, pour chauler les blés, que les pharmaciens et les épiciers livrent indistinctement à tout le monde. Cette poudre de chaulage se compose de :

Deutoxyde d'arsenic	6 parties.
Alun	2 id.

Il en faut une once pour chaque sac de blé.

II. *Dangers qui résultent de l'emploi inconsidéré de certains médicaments.*

Empoisonnement par la ciguë aquatique. — Un événement déplorable a eu lieu tout récemment dans la commune d'Anglet, près Bayonne (Basses-Pyrénées). Une famille de cinq personnes, le père, la mère, un garçon de ferme, deux enfants, l'un de huit ans, l'autre de onze mois, étant atteints de la gale, se frottèrent le corps avec *de la ciguë aquatique*, la *cicutaria aquatica*, qui est aussi connue sous le nom d'œnanthe safranée ; tous éprouvèrent tous les symptômes d'un violent empoisonnement : le garçon de ferme et le plus jeune des enfants succombèrent dans les plus atroces douleurs. Les trois autres malades furent sauvés, grâce aux secours empressés d'un médecin qui fut appelé à temps.

Empoisonnement par la teinture alcoolique de colchique. — Le nommé Titeux, ouvrier orfèvre, était depuis plusieurs années en proie à des douleurs rhumatismales très-aiguës, contre lesquelles une infusion alcoolique de tubercules de colchique lui avait été indiquée par un empirique de carrefour, comme un spécifique merveilleux. En février dernier, ayant pris de ce médicament au moment de l'accès, il en ressentit quelque soulagement.

Le samedi, 10 septembre 1836, les douleurs ayant reparu, Titeux, dans le paroxisme du mal, eut recours à la panacée, et il s'en administra une cuillerée. Ce médicament n'ayant pas eu l'effet que le malade en attendait, le malade avala une seconde dose du remède ; mais, bientôt, les phénomènes les plus graves se manifestèrent, des nausées accompagnées de vomissements amenèrent successivement de tels désordres dans l'organisation de ce malheureux, que tous les secours de l'art furent inutiles pour combattre le poison. Titeux a succombé dans la nuit, après avoir éprouvé les souffrances les plus vives.

Empoisonnement par les pilules de Morisson. — Dans le tome x, p. 722 du Journal de chimie, nous avons fait connaître l'empoisonnement d'un jeune homme

(1) Lors du compte-rendu des audiences de la cour royale de Mayence, il fut dit que la veuve Jaeger, en faisant bouillir l'arsenic dans de l'eau et en le mêlant à divers liquides, l'amenait à un état de division qui ne permettait point aux gens de l'art de le retrouver. Cette *assertion erronée*, qui pouvait être des plus dangereuses en ce qu'elle promettait l'impunité aux coupables, puisqu'elle avait été déclarée vraie par des docteurs de la Hesse rhénane, a été convenablement réfutée par une note qui se trouve dans la *Gazette des Tribunaux* du 12 avril 1835. Dans cette note, les rédacteurs démontrent avec clarté que l'arsenic qui est soluble peut être ramené de l'état de dissolution dans lequel il a passé à l'*état solide et métallique*. Cette dernière assertion est justifiée par de nombreux rapports judiciaires, qui démontrent que de l'acide arsénieux introduit dans de l'eau, dans du vin, dans du lait, etc., etc., *a été séparé de ces liquides et ramené à l'état d'arsenic métal.*

par les pilules de Morisson, *Morisson's pills*. Voici un second exemple du danger que présente cette composition formée de crème de tartre, de gomme gutte et d'une petite quantité de rhubarbe et d'essence, sans doute de teinture d'aloës.

Le 9 août 1836, mistriss Rebecca Russell, habitant Hull, se trouvant légèrement indisposée, alla consulter l'apothicaire voisin, M. La Mott, qui lui prescrivit les pilules de Morisson, dont il tient le dépôt : mistriss Russel commença le 9 août à prendre les pilules à la dose de 4 à 5 par jour ; elle était arrivée, sur l'ordonnance de M. La Mott, à en prendre 15 toutes les trois heures, lorsqu'elle expira, le 22 du même mois, au milieu de souffrances atroces, en éprouvant des crampes d'estomac et des convulsions qui se faisaient ressentir dans tous les membres; la bouche répandait une salive épaisse.

Deux chirurgiens, MM. Casson et Walworth, appelés trop tard pour donner des secours à la malade, furent chargés de faire l'autopsie du corps ; ils déclarèrent que mistriss Russell était morte d'une inflammation des intestins causée par des purgations excessives. Le *coroner* convoqua un *jury d'enquête*, dont le *verdict* fut que mistriss Russell était morte victime de la grossière ignorance de l'apothicaire qui l'avait soignée, et qu'il y avait lieu d'accuser Thomas La Mott d'homicide simple (manslaughter). Le coroner lance aussitôt un mandat d'arrêt contre l'accusé, qui attend en prison les prochaines assises.

Le jugement de La Mott aura lieu en vertu d'un statut qui date de la neuvième année du règne de Georges II : il est dit dans ce statut, que le *manslaughter* sera puni de la déportation, de l'emprisonnement ou de l'amende, suivant les circonstances de la cause et la conscience du juge. La responsabilité médicale, récemment sujet de discussion chez nous, ne fait pas question en Angleterre. Un statut rendu dans la 33e année du règne de Henri III dit qu'il y a *manslaughter*, meurtre simple, quand la mort du patient est amenée par la négligence, l'ignorance grossière, ou les expériences téméraires du médecin, du chirurgien ou de l'apothicaire. Et dans ce cas, outre l'action publique, la loi ouvre une action en dommages-intérêts à tous ceux que la mort du patient a pu léser (*Le Droit, mardi*, 13 *septembre* 1836).

Suspicion d'empoisonnement par un sirop tonique anti-glaireux. — La justice informe en ce moment sur les causes de la mort du sieur Guérin, cultivateur, et sur celle de son domestique, le sieur Legrand, morts tous deux à Fleurigny, canton de Sergines, département de l'Yonne, après quelques jours de maladie et après avoir éprouvé des douleurs atroces.

Les médecins chargés de l'autopsie ont déclaré que la mort de ces deux hommes ne pouvait être attribuée *qu'à l'action d'une substance corrosive sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins*. On pense que cette substance irritante est le sirop tonique anti-glaireux composé par un homme qui se livre illégalement à l'exercice de la médecine, et qui, sur la représentation d'une fiole contenant de l'urine, délivre, de sa propre autorité, et sans autre examen, un médicament dont les effets peuvent être suivis de malheurs irréparables.

La justice informe, et l'on a saisi une grande quantité de l'élixir que l'on suppose être la cause de la mort des sieurs Guérin et Legrand.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Extrait du mémoire de MM. A. Trousseau *et* H. Belloc, *en réponse à cette question :* « Que doit-on » entendre par phthisie laryngée? quelles en sont les » altérations organiques? les causes? les espèces? les » terminaisons? quel en est le traitement? » (1).

« .... C'est Borsieri qui, le premier, dit positivement que le larynx et la trachée peuvent devenir le siége d'ulcérations capables de déterminer la fièvre hectique et la mort. Son opinion, à cet égard, est clairement exprimée dans le paragraphe de son livre que nous avons choisi pour épigraphe (Instit. méd. prat., tom. 4, § 57). Mais Borsieri paraît, quoi qu'il en dise, et quoi qu'en dise Joseph Frank, son admirateur, avoir décrit la phthisie laryngée plutôt en théoricien qu'en praticien. Beaucoup des symptômes qu'il indique comme caractéristiques de la maladie, manquent constamment. Frank lui-même est obligé d'en convenir; et il en est quelques-uns, très-importants à connaître, dont il ne fait pas mention.

» Depuis ces auteurs, quelques médecins français se sont occupés de décrire les ulcérations du larynx et de la trachée; parmi eux, nous citerons, comme ayant fourni les travaux, suivant nous, les plus remarquables, MM. Double, en 1806, Cayol, en 1810, et Pravaz, en 1814 : enfin M. Louis, qui, dans son ouvrage sur la phthisie pulmonaire, a publié, sur les altérations du larynx chez les tuberculeux, des recherches extrêmement précieuses, et de l'exactitude desquelles nous avons souvent eu lieu de nous convaincre... »

Altérations de la membrane muqueuse.

Rougeur et gonflement. — On regarde généralement la rougeur des tissus après la mort comme la trace la plus constante d'une inflammation préalable. Certes, on a raison ; mais, suivant nous, on n'a pas assez dit que bien souvent il arrive que le cadavre ne laisse apercevoir aucune trace de rougeur sur les points qui, pendant la vie, étaient le siége d'une inflammation très-intense. Nous en dirons autant du gonflement. Chaque jour ne voit-on pas des érysipèles, des chémosis pâlir, des phlegmons s'affaisser aussitôt que la cessation des phénomènes vitaux permet aux liquides d'obéir aux lois qui régissent les corps bruts?

Ces réflexions trouvent souvent leur application dans les maladies du larynx. Il nous est arrivé de voir des malades succomber à une inflammation du pharynx et du larynx, et chez lesquels l'autopsie permettait de constater la pâleur des parties qui, pendant la vie, étaient le siége d'une vive rougeur et d'une tuméfaction notable. Dans ce cas, n'était-il pas permis de supposer que les organes qu'on n'avait pu apercevoir sur le vivant, mais dont on avait pu seulement soupçonner l'inflammation, ne devraient leur pâleur et leur affaissement qu'à l'écoulement des liquides dans les parties les plus déclives?

Mais si la rougeur et la tuméfaction disparaissent

(1) Ce travail, couronné par l'Académie dans sa séance publique annuelle du 9 août 1836, fera partie du sixième volume des Mémoires de l'Académie, maintenant sous presse.

quelquefois en totalité après la mort, quand elles existent, elles n'en ont qu'une valeur d'autant plus grande.

Ulcérations.—Nous diviserons les ulcérations de la membrane muqueuse des voies aériennes en érosions et en ulcérations proprement dites. Les premières n'intéressent que la membrane muqueuse ; les secondes reposent sur le tissu cellulaire sous-muqueux ou même sur les fibro-cartilages.

Érosions. — Dans les érosions, la membrane muqueuse semble comme usée ; leurs bords aplatis se fondent insensiblement avec la portion saine, tellement qu'il est souvent impossible de saisir la ligne de démarcation. Pour bien les apercevoir, il faut mettre la pièce sous l'eau ; alors on voit que la surface des érosions est recouverte de villosités analogues à celles qu'on rencontre dans l'estomac des animaux du genre chien, et qui n'existent jamais sur la membrane muqueuse des voies aériennes de l'homme que quand l'épithélium a été détruit.

Il ne nous semble pas que l'érosion soit le premier degré de l'ulcération. Souvent, en effet, il arrive qu'il existe des érosions considérables et très-nombreuses, sans qu'il y ait d'ulcération, et de même on voit fréquemment des ulcérations profondes dans des parties qui n'offrent à l'entour aucune érosion. Chez un des malades dont nous avons fait peindre le larynx et la trachée après la mort, on peut constater facilement la justesse de cette assertion. En effet, la membrane muqueuse qui recouvre le cartilage thyroïde est convertie en une multitude d'ulcères, sans qu'on remarque sur elle aucune trace d'érosion; tandis que la trachée-artère, recouverte d'une innombrable quantité d'érosions, n'offre aucune ulcération.

Nous n'avons jamais observé d'érosions de la membrane muqueuse laryngée et trachéale que chez les individus qui, outre l'affection du larynx, étaient atteints de phthisie pulmonaire. Ce fait confirmerait-il l'opinion de M. Louis, qui pense que ces érosions sont dues au seul passage des crachats?

Nous avouons n'avoir pas de matériaux suffisants pour décider cette question. Toutefois, qu'il nous soit permis de dire qu'il nous semble plus rationnel et plus satisfaisant d'attribuer cette lésion à la diathèse tuberculeuse, dont on ne peut nier l'influence sur la production des ulcères de l'iléon, chez les phthisiques.

Ulcérations. — Nous avons vu ce genre d'altération envahir tout le larynx, les cordes vocales, les ligaments aryténo-épiglottiques et la membrane muqueuse qui recouvre l'épiglotte. Quelquefois ces ulcérations pénètrent jusques aux cartilages qu'elles incisent ou qu'elles carient.

Dans le plus grand nombre des cas, la membrane muqueuse est seule détruite, et semble être évidemment le point de départ de l'altération; mais il arrive aussi qu'on rencontre des abcès sous-muqueux; alors l'ulcération s'est faite évidemment comme certaines plaies fistuleuses à la peau. Nous citons plusieurs exemples de ce mode d'altération, et entre autres un rapporté par Morgagni, lettre 15, art. 15, et un second, recueilli par le docteur Carmichaël, et publié dans les Transactions irlandaises de 1820.

Altérations des cartilages.

Ossification. — L'ossification des cartilages du larynx, qui est un phénomène normal lorsque l'individu a atteint un certain âge, a souvent lieu quand l'organe vocal a été pendant longtemps le siége d'une inflammation chronique. Pour cela il n'est pas besoin que les cartilages soient eux-mêmes atteints de carie, la simple ulcération, inflammation chronique de la membrane muqueuse qui les recouvre, est suffisante...

Le plus souvent il existe plusieurs de ces points osseux dans le même cartilage ; mais l'ossification complète n'a guère lieu que chez les vieillards.

Le cartilage cricoïde est celui qui s'ossifie le plus souvent, puis vient le thyroïde. Quant aux aryténoïdes, nous ne les avons jamais trouvés ossifiés.

Nécrose. — La nécrose des cartilages du larynx est plus fréquente que ne semblent l'avoir pensé les auteurs qui ont écrit sur les maladies de cet organe. Les caractères auxquels ont peut les reconnaître sont les suivants :

1° La portion nécrosée est constamment dénudée, et on conçoit qu'il doit en être ainsi, puisque la loi de l'organisation veut que quand une partie vient à être frappée de mort, elle se sépare de tout ce qui a vie autour d'elle ; alors le séquestre peut être complétement éliminé et rejeté par la bouche comme nous en citons plusieurs exemples remarquables ; ou bien, ce qui est plus fréquent, il est enclavé de manière à produire des désordres mortels;

2° La portion nécrosée est toujours ossifiée ; c'est là encore un caractère que nous n'avons jamais vu manquer, quand, toutefois, la maladie a duré longtemps ; car on sait que dans les fièvres graves la nécrose des cartilages du larynx a lieu quelquefois sans ossification....

Carie. Cette altération nous a semblé moins fréquente que la nécrose. Elle est toujours la suite d'une ulcération qui a commencé sur la membrane muqueuse, et qui a détruit, souvent en peu de mois, et quelquefois en peu de semaines, et la membrane et le tissu cellulaire qui la séparait du cartilage. La carie peut aller jusqu'à la destruction complète de l'épiglotte, comme Joseph Franck et M. Louis en rapportent des cas. Elle peut aller jusqu'à perforer le cartilage thyroïde, comme nous en citons deux exemples, et jusqu'à ne laisser que peu de de traces des cartilages aryténoïdes.

Disons aussi que jamais nous n'avons rencontré la carie que chez les sujets atteints en même temps de phthisie pulmonaire tuberculeuse ; il n'en est pas de même de la nécrose. C'est là un caractère qui met une limite franche entre ces deux espèces d'altérations.

On conçoit que les diverses lésions pathologiques que nous venons de passer rapidement en revue occasionnent toutes, dans les parties voisines, des désordres plus ou moins remarquables. Le plus grave et le plus fréquent, sans contredit, est la tuméfaction de la membrane muqueuse, et par suite l'occlusion des voies respiratoires. C'est mal à propos, suivant nous, qu'on a fait une maladie spéciale de cette sorte de gonflement auquel on a donné le nom d'œdème de la glotte ; nous exposerons plus bas notre manière de voir à ce sujet.

Corps étrangers formés dans le larynx. — Lieutaud, Bonnet, Morgagni, Desault, Pelletan, etc., ont conconservé à la science des faits de cet ordre extrêmement curieux. Des polypes, des végétations, des tumeurs cancéreuses, des tumeurs tuberculeuses, des hydati-

des, des fausses membranes plus ou moins étendues, ont été trouvées dans le larynx. On a même des exemples de calculs formés dans sa cavité et conservés ainsi pendant longtemps. Il est facile de prévoir les accidents que ces productions morbides peuvent déterminer, tant à cause de la douleur locale qu'elles occasionnent, que par la gêne qu'elles apportent à la respiration...

La phthisie laryngée n'est pas une maladie spéciale; elle peut être produite par une infinité de lésions de diverses nature. Ce n'est qu'à cause de l'organe qu'elles attaquent et des symptômes fonctionnels qu'elles produisent, qu'on leur a appliquée la dénomination connue de phthisie laryngée.

Nous avons vu, en effet, la phthisie laryngée produite par des cris aigus, par des efforts habituels de voix, par le coït immodéré, par la masturbation, par des violences extérieures, par un cancer, par des tumeurs de diverse nature développées dans le larynx ou ses annexes, etc., et nous rapportons des exemples de tous ces cas.

Outre ces causes diverses, le sexe et l'âge ont une grande influence sur le développement de la phthisie laryngée.

Presque tous les sujets que nous avons observés et dont parlent les auteurs, étaient âgés de 20 ans au moins, et de 50 au plus. Le plus grand nombre étaient entre la 30e et la 45e année.

Des observations de M. Serres et de celles de M. Louis, il résulte que, chez les tuberculeux au moins, les altérations de la trachée et du larynx sont deux fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Ces observations, relatives au sexe et à l'âge, se concilient d'une manière remarquable : en effet, les femmes sont moins sujettes aux altérations des organes vocaux que les hommes ; et les enfants, dont la constitution, en général, a beaucoup d'analogie avec celle des femmes, semblent partager la même immunité.

Nous avons divisé la phthisie laryngée en quatre espèces.

1° *Simple.* C'est-à-dire celle qui est produite par les causes communes des phlegmasies en général.

Nous avons admis cette première espèce non-seulement d'après nos propres observations, mais encore d'après celles des hommes le plus distingués, parmi lesquels il nous suffit de citer MM. Double, Portal, Louis et Andral.

2° *Syphilitique.* Celle qui est due à des ulcères vénériens, primitifs ou consécutifs, soit qu'ils aient attaqué le larynx de prime abord, soit qu'ils s'y soient propagés du pharynx.

3° *Cancéreuse.* Celle qui tient au développement d'une tumeur cancéreuse dans le larynx.

4° *Tuberculeuse.* Celle qui commence à se manifester après qu'on a pu constater l'existence de tubercules pulmonaires.

Les symptômes généraux ne se montrent guère dans la phthisie laryngée que quand la maladie est à l'état aigu, ou quand les désordres anatomiques ont pris déjà un grand développement. Quand la marche de la maladie est chronique, les symptômes locaux sont les seuls qu'on aperçoive d'abord. C'est donc sur ces symptômes que le médecin doit porter dès le début toute son attention.

Altération du timbre de la voix. Au début, la voix commence par s'affaiblir, et le plus souvent par s'enrouer. Cet enrouement est plus considérable le soir que le matin, et augmente quand le malade passe d'un lieu chaud dans un lieu froid, et *surtout* quand il passe d'un lieu froid dans un lieu chaud.

Souvent cet enrouement est plus intense quand les malades ont faim que quand ils viennent de prendre des aliments. Chez les femmes, l'approche des règles cause aussi une aggravation sensible de ce symptôme incommode. L'abus et quelquefois le simple usage du coït produit le même effet.

L'enrouement est le plus souvent intermittent pendant la première période de la maladie; mais il ne tarde pas à devenir continu, et persiste ainsi jusqu'à la fin.

Aphonie. L'aphonie est en général un symptôme grave, car elle résulte le plus souvent d'une altération profonde du larynx. Bien entendu que nous parlons ici seulement de l'aphonie persistante et continue ; car un simple engorgement catarrhal de la membrane muqueuse laryngienne peut occasionner souvent la perte totale de la voix.

Comme l'enrouement, l'aphonie est plus complète le soir que le matin ; lorsque cette modification existe, il y a lieu de supposer que les désordres ne sont pas encore très-profonds.

Inégalité de la voix. La voix, quelquefois simplement enrouée ou voilée, est cependant assez soutenue et assez égale dans la conversation ordinaire; mais quand les malades veulent prononcer fortement certaines syllabes, elle devient criarde et aiguë, et ressemble alors à un véritable glapissement.

Toux. En général la toux est plus fréquente dans la phthisie laryngée que dans les maladies de poitrine. Son timbre participe toujours à celui de la voix. Ainsi elle est enrouée chez ceux qui sont enroués et éteinte chez ceux qui sont aphones.

Quelquefois la toux ressemble à un véritable *rot étouffé ;* nous lui avons, dans ce cas, donné le nom d'*éructante.* Ce phénomène tient à ce que la glotte est le siége de désordres profonds, et qu'elle ne peut se fermer complétement. Cette forme de la toux est donc toujours un symptôme grave.

Expectoration. Le plus souvent l'expectoration est muqueuse, transparente et peu tenace, tantôt plus, tantôt moins abondante. Quelquefois elle présente de petites masses puriformes, jaunâtres, mêlées de stries de sang ou moins complétement sanguinolentes. Ces masses sont rendues sans effort et par un effort d'excrétion plutôt que de toux. Ce symptôme indique en général qu'il existe une ulcération dans l'une des parties du larynx.

Douleur. Chez le plus grand nombre des malades, la douleur est peu intense; assez souvent même il arrive qu'elle est moins vive à la fin qu'au début de la maladie.

Le plus souvent, la douleur est plus vive en avalant qu'en parlant et en respirant, ce qui fait croire au malade que la lésion existe dans le pharynx et non dans le larynx. Mais il est facile de se rendre compte de ce phénomène, en pensant que le pharynx complète le larynx en avant et que la même membrane muqueuse recouvre ces parties.

Signes obtenus par la vue. La vue est d'un faible secours quand il est question de constater des désordres existant dans le larynx. Cependant l'examen très-atten-

tif de la gorge ne devra jamais être négligé. Il arrive souvent que le mal a commencé par le pharynx ou ses annexes, et il est bon de voir si les altérations présentent des caractères spéciaux. Cette remarque est importante, surtout quand il est question de la phthisie laryngée syphilitique. Quelquefois on peut apercevoir l'épiglotte ; mais cela est rare. Nous n'avons jusqu'à ce jour rencontré que deux malades sur lesquels cette exploration fût facile. Toutes les fois qu'on le pourra, on ne devra pas le négliger, parce que la forme de l'altération de l'épiglotte pourra faire présumer celle de l'altération du larynx. Pour apercevoir l'épiglotte, il faut, avec un manche de cuiller fortement recourbé, déprimer la base de la langue en la tirant en avant; en même temps, on engage le malade à faire quelques cris aigus, et on aperçoit alors le fibro-cartilage qui est porté en haut pendant que dure le cri, et qui retombe aussitôt que celui-ci a cessé.

Signes obtenus par le toucher. La crépitation est indiquée par quelques auteurs comme un signe pathognomonique d'une altération grave des cartilages du larynx. Nous n'y attachons pas toute l'importance que lui ont attribuée ces médecins. Elle existe en effet chez le plus grand nombre des individus qui ont le larynx parfaitement sain, quand on fait mouvoir cet organe en totalité ; elle tient alors au frottement des cartilages contre la colonne vertébrale. On ne devra donc se servir de ce signe qu'avec la plus grande circonspection.

Le toucher par la bouche est extrêmement difficile, à cause des mouvements de vomissement qu'occasionne le doigt quand il arrive dans le pharynx. Cependant on peut quelquefois, par ce moyen, constater des altérations graves de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx.

Signes fournis par la respiration. Pendant la première période, la respiration, pour l'ordinaire, n'est que peu ou même pas altérée. Mais quand la maladie a fait des progrès, il survient une anhélation qui, si l'on ne parvient à enrayer la marche du mal, va croissant jusqu'à la mort.

Cette anhélation peut dépendre de deux causes :

1° Le malade peut être déjà affaibli par la maladie ; alors l'anhélation tient à l'affaiblissement des forces musculaires.

2° L'oppression peut être causée par le rétrécissement de l'orifice du larynx.

Dans ce cas, elle suit en général la marche suivante :

D'abord le malade éprouve ce qu'il nomme des accès d'asthme ; ces accès commencent le plus souvent la nuit : la respiration se fait mieux pendant la journée.

Plus tard, l'intensité des accès augmente, et l'oppression est permanente. Le malade ne peut respirer dans son lit que soutenu par plusieurs oreillers; puis l'inspiration est habituellement sifflante et l'expiration bruyante et prolongée.

Bientôt surviennent de véritables accès d'orthopnée, pendant lesquels l'anxiété est extrême et la suffocation imminente. A compter de cette époque, il se passe rarement plus de quinze à vingt jours avant que le malade périsse suffoqué.

Mode de déglutition. Le mode de déglutition ne nous semble pas devoir être pris en grande considération, quand il s'agit de juger de la forme ou de l'étendue des désordres du larynx et de ses annexes. Nous avons rapporté plusieurs observations qui montrent que, chez certains malades, l'épiglotte étant entière, les aliments tombent néanmoins dans le larynx ou reviennent par les fosses nasales ; tandis que chez d'autres, dont l'épiglotte est détruite ou presque détruite, la déglutition se fait sans difficulté.

Des différences qu'on observe dans les symptômes suivant les espèces de phthisie laryngée.

Phthisie laryngée syphilitique. La phthisie laryngée syphilitique présente assez souvent des caractères qui peuvent être d'un grand secours ; ainsi, le plus souvent, dans cette espèce, l'altération du larynx est une extension des désordres qu'on a observés dans les fosses nasales ou dans l'arrière-bouche ; aussi la déglutition est-elle ordinairement plus pénible dans cette espèce que dans les autres. En outre, le toucher nous paraît être d'un plus grand secours ici que dans la phthisie laryngée simple. Nous avons rapporté l'histoire d'un malade chez lequel ce mode d'exploration nous permit de constater l'existence d'énormes végétations sur le pharynx et même sur la partie supérieure du larynx. Cette dernière remarque pourrait s'appliquer à la phthisie laryngée cancéreuse ; mais si le mal siége exclusivement dans le larynx, et se trouve par conséquent hors de l'atteinte du doigt ou de la vue, les antécédents du malade et les autres lésions concomitantes pourront alors fournir quelque lumière sur la nature de l'altération.

Notons ici que, quelle que soit l'espèce à laquelle on ait affaire, ce dernier mode d'investigation est le plus important, et celui sur lequel le médecin doit principalement insister.

Phthisie laryngée tuberculeuse. Nous avons dit que nous regardions la phthisie laryngée comme de nature tuberculeuse, toutes les fois qu'en même temps il existe une phthisie pulmonaire confirmée. Il s'ensuit que les symptômes connus de cette dernière affection seront les seuls qui puissent alors éclairer le diagnostic.

Phthisie laryngée cancéreuse. On serait porté à croire qu'ici l'espèce de la maladie pourra être reconnue par le toucher. Si le doigt porté sur le larynx y reconnaissait une tumeur et qu'en même temps existassent les symptômes des affections cancéreuses, il ne resterait guère de doute sur la nature de la maladie ; mais rarement tous ces signes existent simultanément. Dans l'exemple de phthisie laryngée cancéreuse que nous avons observé, le malade n'a jamais accusé de douleurs lancinantes, et son teint n'a pas pris la couleur jaune-paille qu'on s'accorde à regarder comme caractéristique de la cachexie cancéreuse. Il a fallu, pour que nous reconnussions un cancer, que la tumeur se manifestât à l'extérieur, comme on le voit dans la planche jointe à notre mémoire.

Terminaison.

Dans la phthisie laryngée simple, dont nous rapportons plusieurs exemples remarquables, parmi lesquels l'un a été recueilli par Portal, la mort arrive le plus souvent avant que l'ulcération du larynx ait occasionné une véritable consomption. La gêne extrême de la respiration, la difficulté et quelquefois l'impossibilité de la déglutition, la férocité de la toux, suffisent, dans le plus grand nombre des cas, pour causer une terminai-

son funeste, avant que le malade ait eu le temps d'arriver au marasme. Quant à la phthisie laryngée tuberculeuse, des observations que nous avons rapportées, et des réflexions qui les accompagnent, nous avons cru pouvoir déduire les réflexions suivantes :

1° Le plus souvent, la phthisie pulmonaire tuberculeuse se montre la première, et le larynx ne se prend que dans les derniers temps.

2° Dans les cas les plus rares, la lésion tuberculeuse commence par le larynx et n'envahit le poumon que secondairement.

3° Quelquefois la phthisie laryngée et la phthisie pulmonaire naissent es marchent concurremment.

4° Enfin, dans ce dernier cas, la lésion semble quelquefois exister exclusivement dans le larynx, à cause de la prédominance des symptômes laryngés, et de la difficulté de constater la lésion du poumon par les signes stéthoscopiques.

Parmi les terminaisons de la phthisie laryngée, l'une des plus graves est le gonflement des bords de la glotte ; nous avons cru devoir consacrer un paragraphe particulier aux rapports qui existent entre la maladie que les auteurs ont nommée angine laryngée œdémateuse et la phthisie laryngée.

Bayle a eu raison de distinguer l'angine laryngée œdémateuse en primitive et en consécutive.

Quand elle est primitive, elle est presque constamment le résultat d'une fluxion inflammatoire du larynx ou des parties voisines, et ne diffère en rien *par sa nature* de celles décrites par Boerhaave (aph. 801 et 802).

Quand elle est consécutive, c'est-à-dire occasionnée par une lésion organique du larynx ou de ses annexes, elle peut être inflammatoire ou active, ou bien non inflammatoire ou passive.

Dans le premier cas, l'inflammation s'est propagée du point lésé jusqu'à la membrane muqueuse du larynx.

Dans le second, la sérosité accumulée sous cette membrane n'est due qu'à l'engorgement de liquides autour de la perte de substance.

Dans l'un comme dans l'autre cas, l'angine laryngée œdémateuse, ayant pour point de départ un point ulcéré, ne saurait être regardée comme indépendante de l'inflammation.

Enfin, la phthisie laryngée doit être considérée, quelle que soit sa cause, comme *l'occasion* la plus fréquente de l'angine laryngée œdémateuse.

Terminaison par la guérison. L'espoir de sauver le malade sera d'autant plus fondé que la maladie sera plus près de son début. Quand l'affection est très-avancée, et que déjà le marasme commence à se manifester, les chances de succès seront extrêmement faibles.

Cependant nous citons, dans le chapitre qui a rapport au traitement, plusieurs cas dans lesquel une médication active a pu conjurer les accidents et rendre à la santé des malades dont la mort était imminente. Morgagni (epist. 44, art. 15) rapporte un exemple remarquable de guérison chez un vieillard atteint d'accidents syphilitiques qui avaient occasionné dans le larynx des désordres considérables.

Traitement.

On conçoit que le repos de l'organe est ici l'une des conditions les plus importantes à imposer aux malades : cependant nous citons quelques cas qui nous montrent que la guérison a pu être obtenue sans que cette condition fût rigoureusement remplie.

Antiphlogistiques. Les émissions sanguines nous ont paru l'un des moyens les plus efficaces à employer dans la phthisie laryngée commençante. C'est à la saignée du bras que nous donnons en général la préférence : quand on applique les sangsues sur le lieu malade, il faut les mettre en grand nombre.

Si l'on avait lieu de croire que l'affection du larynx est due à une suppression de flux menstruel ou hémorrhoïdal, il faudrait appliquer les sangsues aux cuisses ou à la vulve dans le premier cas, à l'anus dans le second.

Les applications émollientes sur le larynx nous ont paru en général plus nuisibles qu'utiles, à cause de l'afflux de sang qu'elles occasionnent ordinairement dans les parties affectées.

Révulsifs. Les révulsifs sont des moyens en général plus efficaces que les émissions sanguines quand la maladie a duré un peu longtemps.

Ainsi, les vésicatoires pourront être appliqués avec avantage ; mais il faut les faire suppurer longtemps ; c'est à la nuque qu'il faudra les appliquer : ils sont tellement gênants sur la partie antérieure du cou, surtout pour les hommes qui ont une barbe épaisse, qu'il faut le plus souvent y renoncer.

Le séton, les cautères potentiels appliqués à la partie antérieure du cou sont encore des moyens dont on tire quelquefois des avantages marqués.

Les révulsifs appliqués loin du lieu malade ne nous ont jamais paru jouir d'une grande efficacité.

Stupéfiants. L'emploi des médicaments stupéfiants est d'un grand secours pour calmer la douleur, les picotements et la toux qui en est la suite. C'est à l'extrait de datura stramonium, à celui de belladone, employés en frictions sur la partie antérieure du cou, ou aux sels de morphine introduits par la méthode endermique, que nous donnons la préférence.

Médication topique. Le problème qui se présentait pour étendre la médication topique aux affections du larynx était le suivant :

Trouver le moyen de porter dans le larynx des médicaments sous forme de vapeur sèche ou humide, sous forme liquide ou pulvérulente, sans mettre obstacle à la respiration. Ce problème, nous croyons l'avoir résolu.

Les fumigations humides qu'on a employées contre les maladies du larynx sont ou des vapeurs d'eau pure, ou mucilagineuses, ou balsamiques, ou aromatiques ; ces fumigations sèches étaient de la fumée de goudron, de résine, de tabac, de jusquiame, de cinabre, d'acide sulfureux, etc., etc. ; mais toutes ces médications ont l'inconvénient de pénétrer dans les poumons, et nous y avons presque entièrement renoncé.

Topiques liquides. Les topiques que nous appliquons le plus fréquemment au larynx sont les solutions de nitrate d'argent, de sublimé, de sulfate de cuivre ou de nitrate acide de mercure. De toutes ces solutions, celle à laquelle nous donnons la préférence est celle de nitrate d'argent, de l'application de laquelle nous n'avons jamais vu résulter d'accident fâcheux. La solution de sublimé employée suivant la méthode de M. Malapert, dans la proportion de 1 à 8 grains par once d'eau distillée, nous a fourni aussi de bons résultats dans quelques cas d'ulcérations syphilitiques que nous avons rapportés.

Pour porter ces topiques liquides sur le larynx, nous nous servons d'une éponge fine de forme sphérique de 6 à 8 lignes de diamètre, que nous fixons solidement à une tige de baleine formant, vers l'une de ses extrémités, un angle obtus de 95 degrés environ.

Au moyen de ce petit instrument, nous pouvons toucher les deux faces de l'épiglotte, le pharynx et toute la partie supérieure du larynx. Nous nous servons encore du moyen suivant :

Ayant fait ajuster à une petite seringue d'argent, semblable à celle d'Anel, une canule de cinq pouces au moins de longueur et recourbée à son extrémité libre, nous remplissons la seringue de 3/4 d'air et de 1/4 de solution de nitrate d'argent; puis, la canule étant introduite dans l'arrière bouche vis-à-vis du larynx, on pousse rapidement le piston, et le liquide mélangé à l'air de la seringue vient tomber en pluie fine dans la partie supérieure du larynx et de l'œsophage.

Immédiatement, le malade éprouve une quinte de toux dont il ne faut pas s'alarmer; aussitôt on fait gargariser avec une limonade hydrochlorique ou de l'eau salée, qui décompose la solution du nitrate d'argent qui n'est pas combinée aux tissus.

Les observations nombreuses et extrêmement intéressantes, que nous avons rapportées dans notre mémoire témoignent de l'efficacité de cette énergique médication.

Médicaments pulvérulents. Nous employons fréquemment les insufflations dans le larynx de médicaments pulvérulents de différente nature. Parmi eux, nous citerons, suivant l'ordre inverse de leur énergie, le sous-nitrate de bismuth, l'alun, l'acétate de plomb, les sulfates de zinc et de cuivre.

Le calomel et le précipité rouge nous ont fourni aussi des résultats très-remarquables dans les cas d'ulcérations, syphilitiques ou non, de la membrane muqueuse laryngée. Ces poudres, excepté celle de sous-nitrate de bismuth, qui peut être employée pure, doivent être mélangées de poudre de sucre candi, dans des proportions variables suivant l'activité des médicaments qu'on emploie.

Les insufflations de poudre mercurielle ne doivent pas être répétées, dans les premiers temps surtout, plus de deux ou trois fois par semaine. Sans cette précaution, on risquerait d'aggraver les accidents.

Médication mercurielle générale. Nous avons recueilli et annexé à notre mémoire un grand nombre d'observations prises tant dans notre propre pratique que dans celle de divers médecins. Ces observations, du plus grand intérêt, démontrent, d'une manière irréfragable, l'efficacité du traitement mercuriel poussé jusqu'à salivation, dans des cas de phthisie laryngée véritablement désespérés. Nous ne saurions donc trop recommander cette médication contre les maladies graves du larynx, même quand rien ne porte à les juger de nature syphilitique.

Trachéotomie. Enfin, quelle que soit l'habileté avec laquelle le traitement ait été dirigé, les accidents peuvent s'aggraver, et la vie du malade être menacée par l'empêchement que l'air éprouve à pénétrer dans les poumons. Dans ce cas, une dernière ressource reste, et, quoi qu'en aient dit quelques praticiens, prévenus sans doute par l'opinion des médecins de l'antiquité, cette ressource offre encore d'assez belles chances de succès pour qu'on ne puisse la négliger sans méconnaître entièrement son devoir; nous voulons parler de la trachéotomie.

En effet, nous démontrons, par de nombreux exemples que, dans beaucoup de cas, c'est à l'ouverture seule de la trachée que les malades ont dû leur salut.

Dans tous les cas, comme cette opération ne doit être pratiquée que lorsque l'asphyxie est imminente, on devra introduire dans l'ouverture trachéale une canule à demeure; cette canule devra être d'un diamètre suffisant pour permettre à l'air d'entrer facilement dans les poumons. Libre alors de la crainte de voir son malade asphyxié, le médecin pourra diriger contre la lésion du larynx une médication convenable. Puis, lorsque le larynx pourra reprendre ses fonctions, on enlèvera la canule, et la plaie se cicatrisera promptement. Mais si le désordre a été tel que l'accès de l'air par le conduit naturel soit à jamais impossible, la canule pourra être laissée indéfiniment dans la partie supérieure de la trachée. Nous citons l'exemple d'un malade qui a porté ainsi une canule d'argent pendant dix années.

Il pourrait se faire que, l'opération heureusement terminée, et la canule introduite, la maladie fût, par sa nature, inaccessible aux moyens curatifs. Alors, elle marche jusqu'à ce que les désordres généraux soient tels, que la perte de la vie en devienne la conséquence inévitable; plusieurs observations de phthisie laryngée tuberculeuse, et celle de phthisie laryngée cancéreuse que nous rapportons avec détail, sont dans ce dernier cas. Mais, dans cette circonstance même, l'opération a été un bienfait, puisqu'elle a évidemment prolongé la vie du malade.

Cas remarquable de mortification de l'extrémité abdominale droite; par M. François, de Mons.

Madame H..., maintenant âgée de cinquante-six ans, a eu quatre enfants. Sa première couche fut très-laborieuse; la quatrième fut suivie d'une métrite aiguë. Depuis lors, madame H... est restée dans un état valétudinaire, souvent interrompu par d'abondantes hémoptysies.

Telle était la susceptibilité de ses intestins, que toute émotion morale un peu forte lui donnait la diarrhée. Cette diarrhée résistait opiniâtrément aux antiphlogistiques; mais elle cédait assez facilement à l'opium associé aux stimulants.

Après un retour de chagrins plus vifs ou mieux sentis que de coutume, madame H... éprouva, outre la diarrhée, des vomissements bilieux qui se répétaient tous les quarts d'heure. Elle avait la bouche brûlante, et désirait vivement de l'eau froide pour éteindre le feu qu'elle y sentait; la langue était chargée d'un limon jaunâtre, épais et très-amer; le pouls presque naturel. A ces symptômes, qui ne firent que s'accroître, malgré sangsues, cataplasmes et lavements amidonés, vinrent se joindre un peu de difficulté d'uriner et une voix tellement altérée, qu'elle rappelait le choléra asiastique. Madame H... présentait du moins tous les symptômes de la *cholérine*.

Le quatrième jour de la maladie, surviennent quelques syncopes; le visage prend une légère teinte ictérique, les yeux se creusent, la voix reste le même.

Le cinquième, le visage reprend sa couleur ordinaire, la voix devient plus naturelle, la soif et les vomissements continuent.

Le sixième, les vomissements sont plus rares : la journée se passe assez bien.

Le septième, pour la première fois, la malade ressent dans les extrémités inférieures des crampes qui cèdent à la pression.

(Lavements émollients, cataplasmes laudanisés sur l'épigastre, eau froide pour boisson, un douzième de grain d'acétate de morphine uni à cinq grains de sous-carbonate de magnésie, à prendre de deux heures en deux heures.)

Le soir, les vomissements ont cessé, l'enduit de la langue a presque disparu ; la voix est bonne, mais la face est animée. A cela près, l'état général est assez bien.

(On suspend les poudres.)

Le retour des vomissements et l'état du cerveau donnent l'idée d'appliquer des sinapismes aux jambes : ils y sont à peine une demi-heure qu'ils causent des douleurs excessives.

Enfin, au huitième jour, la malade dit éprouver au pied droit un froid qui n'est sensible que pour elle. Les vomissements reviennent plus fréquents.

(Demi-grain de calomel d'heure en heure, linges chauds autour du membre refroidi.)

Le soir de ce même jour, pour la première fois aussi, un cautère que la malade porte depuis longtemps à la jambe gauche, cesse de donner.

Le lendemain, le membre droit est le siége de vives douleurs, le froid devient sensible au toucher.

Ces douleurs s'augmentent et s'étendent du pied jusqu'au bassin.

Le dixième jour, le froid est glacial, l'insensibilité complète, l'épiderme se détache et se plisse comme il fait sur le cadavre ; on distingue çà et là de grandes plaques bleues ; les artères pédieuse, poplitée et crurale, cessent de battre. Au milieu de tant de désordres, le pouls est presque naturel à l'artère radiale.

A ces signes, M. François annonça *l'oblitération de l'artère iliaque primitive*.

Bientôt, tout alla de mal en pis ; le vomissement et les selles reparurent plus fréquents que jamais ; les douleurs devinrent intolérables, les yeux s'éteignirent, la voix et la face reprirent leur caractère *cholérique*. L'intelligence seule se conserva jusqu'au dernier moment, qui arriva le onzième jour.

Ouverture. Le membre abdominal du côté droit est un peu infiltré ; sur plusieurs points, l'épiderme s'en détache facilement, quoiqu'il n'y ait point de phlyctène ; la peau présente de nombreuses ecchymoses ; les muscles sont noirs et poisseux.

L'artère crurale, mise à nu, est pleine d'un sang noir et grumelé jusqu'à l'aorte. A un demi-pouce au-dessous de sa naissance, l'iliaque est rouge à sa face interne et présente en arrière, entre la membrane fibreuse et la membrane muqueuse, une plaque osseuse polie, longue de quatre à cinq lignes, large de deux, et un peu concave en travers. C'est précisément là que commence l'oblitération du vaisseau par un caillot qui se prolonge indéfiniment dans toutes les divisions de l'artère iliaque, laquelle se trouve comme remplie par une injection. A sa partie supérieure, et dans l'étendue d'un pouce et demi, le caillot sanguin est enveloppé d'une mince pellicule blanche, plus épaisse en certains points qu'en d'autres, et un peu adhérente aux parois du vaisseau. La surface interne de celui-ci, qui correspond à cette pellicule, est visiblement injectée, tandis qu'elle n'offre rien de pareil partout ailleurs.

La rougeur du vaisseau ayant résisté à des lavages répétés, M. François en conclut qu'elle était l'effet d'une inflammation. « En général, dit-il, l'artérite a surtout des conséquences fâcheuses, en ce qu'elle porte une atteinte directe à la circulation, qu'elle embarrasse peu à peu dans ses instruments. Si l'occlusion s'effectuait brusquement, elle agirait comme une ligature, en respectant et laissant libres les parties inférieures. Mais trop souvent, par le fait de l'inflammation, il s'épanche à la face interne du vaisseau une lymphe coagulable qui s'épaissit, gêne la marche du sang, la ralentit de plus en plus, en amène bientôt la stase, et finalement la coagulation jusqu'aux extrémités des vaisseaux qui semblent avoir été injectés. On conçoit que le sphacèle est alors inévitable. »

Il n'a pas été permis à M. François de pousser plus loin son examen nécroscopique.

(*Bull. de l'Acad. royale de médecine, N° 7.*)

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

FÉVRIER 1837.

Observation remarquable de plaie du cou, avec lésion de la veine jugulaire interne ; par le docteur TACHERON ; *suivie de réflexions sur les blessures de cette veine.*

Coup de poignard pénétrant dans le pharynx à travers la membrane thyro-hyoïdienne du côté gauche ; blessure de la paroi postérieure du pharynx et de la veine jugulaire interne droite par la pointe de l'instrument ; phlébite et pleurésie consécutives ; mort.

Le 23 novembre dernier, sur les onze heures du matin, un individu se présente au domicile de Mlle Levasseur, âgée de 51 ans, rentière, demeurant rue Hautefeuille, n° 16, sous le prétexte de lui procurer l'acquisition d'une maison, et après une demi-heure environ d'un entretien confidentiel, il se jette tout à coup sur cette demoiselle, la terrasse, lui porte dans le cou plusieurs coups de poignard, et la laisse ensuite pour morte dans la cuisine de son appartement. Appelé immédiatement après la consommation de cet assassinat, voici la situation dans laquelle je trouvai Mlle Levasseur :

Pâleur extrême ; traits de la face décomposés ; pouls petit, à peine sensible au toucher ; yeux ternes ; respiration fort gênée et sifflante ; froid glacial de tout le corps ; la malade ne prononce que des paroles entrecoupées, suivies de plaintes continuelles. Les vêtemens sont recouverts d'une grande quantité de sang en partie coagulé et liquide, indépendamment de ce qui s'est épanché sur le carreau de la cuisine, qu'on peut évaluer à trois livres. Cette perte de sang provenait des plaies extérieures, dont voici la description :

1° Plaie profonde située à la partie latérale gauche du cou, immédiatement au-devant de la saillie du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à lambeau triangulaire, évidemment le résultat de coups de poignard ayant fait deux incisions de la peau dont les bords sont réunis dans la partie supérieure et séparés inférieurement par un intervalle de quatre lignes environ. Chacune de ces plaies qui, par leur réunion, ne forment qu'une blessure, est longue de douze lignes, et dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. L'ouverture de cette plaie est béante, un peu oblique de haut en bas, de manière à offrir un écartement qui peut permettre l'introduction assez profonde du doigt indicateur de la main droite.

2° Autre plaie linéaire s'étendant depuis la partie antérieure supérieure latérale droite du cou, jusque sur les cartilages du larynx, offrant trois pouces et demi de long sur deux lignes et demie de profondeur.

3° Meurtrissure avec excoriation linéaire de la peau, située à la partie antérieure moyenne et supérieure du cou, au-dessus des cartilages du larynx, ayant deux pouces de long sur deux lignes de large.

4° Petite plaie n'intéressant que la peau, sur le bord inférieur et moyen de l'os maxillaire inférieur gauche, de sept lignes de long sur deux lignes de large : la partie supérieure de cette blessure est plus large en haut de deux lignes, tandis qu'elle se rétrécit en bas et se termine en pointe dans sa partie inférieure.

5° Excoriation linéaire sur le bord supérieur de la clavicule droite, ayant 18 lignes de long sur une ligne de large.

6° Autre excoriation linéaire sur la partie antérieure et moyenne du bord supérieur de l'os sternum, d'un pouce de long sur une ligne de large.

7° Tumeur oblongue et longitudinale située à la partie latérale droite du cou, offrant l'aspect et le volume d'un œuf de poule, d'une teinte bleuâtre, ayant deux pouces de long sur un pouce et demi de large, paraissant être le résultat d'un épanchement sanguin sous le tissu cellulaire cutané et les muscles du cou.

8° Un peu plus bas que la tumeur ci-dessus décrite, huit petites excoriations de la peau avec ecchymose, offrant de deux à quatre lignes d'étendue, de forme demi-circulaire, et ressemblant assez à l'empreinte des ongles d'une main étrangère.

9° Plaie située à la partie interne du doigt indicateur de la main droite sur l'articulation même de la troisième phalange, avec division des ligamens articulaires ; autre petite blessure située entre le pouce et le doigt indicateur de la main gauche.

10° Légères ecchymoses situées à la partie supérieure et interne des cuisses, près de l'aine, et sur la région épigastrique.

La blessure du côté gauche du cou faisant craindre une terminaison fâcheuse, précédée d'une hémorrhagie mortelle, nous sommes restés en permanence chez la malade, afin de remédier, autant que possible, aux symptômes graves qui pourraient se manifester.

A deux heures de l'après-midi, Mlle Levasseur avait repris toute sa connaissance : la respiration était moins gênée ; le pouls un peu relevé : il y avait des vomissements fréquents d'une assez grande quantité de sang noir en partie liquide, en partie coagulé ; l'air s'échap-

pait de la plaie extérieure du côté gauche, avec un certain sifflement; les liquides introduits goutte à goutte dans l'arrière-bouche s'échappaient peu de moments après, par le côté gauche du cou; les extrémités inférieures et supérieures étaient froides, il y avait assez souvent des syncopes.

A huit heures du soir, la respiration devint plus embarrassée; il y eut beaucoup d'agitation. La malade, tourmentée par la crainte d'une fin prochaine, insista alors avec persévérance pour faire immédiatement son testament. Cette pénible opération, qui dura trois heures consécutives, ne fut néanmoins suivie d'aucun accident grave; seulement il y eut immédiatement après une longue syncope.

Dans la nuit du 23 au 24 novembre, le sommeil fut nul, les vomissements de sang continuèrent, la déglutition des boissons fut toujours difficile; il y eut une grande agitation morale, avec sueurs froides, respiration haute, entrecoupée et sifflante, syncopes fréquentes, soif ardente avec impossibilité d'y satisfaire, la présence des boissons déterminant aussitôt des hoquets, une toux précipitée, de la strangulation et des vomituritions.

Le 24, pouls très-fréquent mais moins petit, extrémités inférieures moins froides, déglutition toujours très-pénible; la malade ne peut boire que goutte à goutte, et encore une partie des boissons, s'arrêtant à la hauteur de la blessure du côté gauche du cou, vient ensuite s'échapper à travers les bords extérieurs de la plaie. La prostration des forces est extrême: insomnie complète, céphalalgie, décubitus dorsal; toux fréquente avec expectoration légèrement sanguinolente, respiration toujours précipitée et râlante, vive sensibilité à la région épigastrique, excitation nerveuse très-prononcée avec une grande inquiétude morale: syncope, aussitôt qu'on imprime au lit de la malade la moindre secousse. Dans la soirée, Mlle Levasseur donne avec une précision remarquable le signalement le plus complet de son assassin: elle raconte aussi les principales circonstances de sa lutte avec ce scélérat.

Le 25, l'appareil qui avait été posé le jour de l'assassinat est levé en présence de M. le professeur Velpeau: la plaie du côté gauche du cou présente un aspect blafard sans la moindre apparence de suppuration; on se contente dès-lors de changer les linges, d'enlever le sang coagulé et la charpie. Le gonflement considérable du cou et les vives douleurs qui se manifestent dans toutes les parties lésées, nécessitent l'application continuelle de fomentations émollientes rendues légèrement résolutives par l'addition d'un peu d'eau-de-vie camphrée; des boissons adoucissantes et le repos le plus absolu sont également prescrits.

Dans la journée, malgré nos recommandations les plus positives, la malade s'agite et se tourmente beaucoup de ce qui se passe dans son ménage, elle s'occupe de ses affaires particulières et s'emporte aussitôt qu'on n'accède pas à ses moindres désirs. La respiration est toujours fort gênée, le pouls fréquent et petit, l'expectoration abondante; l'introduction de quelques gouttes de boisson dans le pharynx détermine aussitôt une toux fort vive, et la malade est alors forcée de les expulser; la soif est toujours ardente; le cou est fort gonflé, ce qui rend la déglutition des plus pénible.

Le 26, pouls donnant 136 pulsations par minute, respiration toujours élevée et sifflante, toux fréquente suivie d'une expectoration muqueuse mêlée de stries purulentes et sanguinolentes; soif vive, douleurs abdominales, insomnie complète, pâleur extrême de la face, syncopes assez fréquentes, par intervalle vive oppression avec menace de suffocation; la malade demande alors avec instance et impérieusement de respirer l'air extérieur, d'ouvrir les fenêtres de sa chambre à coucher. La plaie du côté gauche du cou suppure: sur le côté externe on distingue facilement les pulsations de l'artère carotide primitive gauche; du fond de cette blessure s'échappent aussi des bulles d'air; la tumeur sanguine du côté droit du cou ne présente rien de particulier.

Le 27, l'état de la malade est à peu près le même que le 26, la nuit a été assez mauvaise: une toux intense très-fréquente, accompagnée d'une expectoration muqueuse et purulente, l'a continuellement tourmentée; la déglutition semble néanmoins moins pénible, quelques liquides parviennent dans l'œsophage et l'estomac; le pouls est toujours petit et accéléré, la respiration gênée avec étouffements fréquents; à chaque pansement il s'échappe du fond de la plaie, des bulles d'air et du pus; la charpie et les compresses sont imbibées des boissons prises par la malade.

Le 28, aucun changement notable dans la situation de Mlle Levasseur; déglutition toujours pénible et difficile, nausées fréquentes sans vomissements, expectoration assez abondante et douloureuse; agitation extrême avec insomnie complète; plusieurs évacuations assez abondantes mêlées d'une grande quantité de sang noir exhalant une odeur très-fétide; plaie du côté gauche du cou ayant un aspect peu rassurant, chairs blafardes, pus d'un jaune sale et exhalant beaucoup d'odeur, mélangé de quelques stries sanguinolentes; moral inquiet, idées sinistres, crainte d'une mort prochaine. On panse et on lave la plaie avec une décoction de quinquina et l'onguent d'Arcæus.

Le 29, nuit mauvaise, agitée, avec insomnie; deux à trois selles abondantes toujours sanguinolentes précédées de vives coliques; prostration des forces très-prononcée, toux et expectoration plus abondantes. Dans la journée à la suite de douleurs abdominales assez aigües, trois autres évacuations alvines, suivies de syncopes fréquentes, d'étouffements plus rapprochés; déglutition paraissant moins pénible, pouls très-petit, mais accéléré. Le soir à huit heures, frisson d'une heure, auquel succède une chaleur assez vive; respiration haute et sifflante, soif vive et ardente; plaie du cou offrant toujours un aspect assez mauvais; les liquides ne semblent plus s'échapper par la blessure (Lav. émoll.; potion calmante). Dans la soirée, la malade exige impérieusement l'application de deux vésicatoires aux cuisses; le refus des médecins de consentir à son désir la met dans la plus vive agitation: on la trompe alors en lui appliquant deux emplâtres de poix de Bourgogne.

Le 30, faiblesse toujours très-grande; deux selles dans la nuit; insomnie complète; anxiété très-prononcée, respiration moins gênée, expectoration toujours fréquente, déglutition plus facile: les boissons données par cuillerées à café déterminent bien, en arrivant dans le pharynx, une petite toux avec légères vomituritions; mais néanmoins une assez grande partie des liquides parvient dans l'estomac. La tumeur du côté droit du cou tend à se résoudre de plus en plus; la plaie du côté gauche suppure assez abondamment: les chairs ont un meilleur aspect; le pus est de bonne

nature. Le soir, frisson d'une heure, suivi d'une chaleur avec légère moiteur ; rêvasseries passagères ; moral plus calme ; quelques cuillerées d'eau de poulet passent assez facilement.

Le 1er décembre, nuit assez calme, pouls petit et fréquent, respiration moins précipitée et moins sifflante; par intervalle somnolence, rêves fatigants, toux plus rare, expectoration assez facile. Deux selles dans la nuit. La malade s'est fait ôter ses emplâtres des cuisses, en les remplaçant d'abord par l'écorce de garou, puis par de la pommade épispatique. Le soir, retour du frisson, suivi de chaleur, agitation plus prononcée, pouls plus accéléré ; la malade se découvre à chaque instant et demande à respirer l'air extérieur.

Le 2 décembre, nuit mauvaise, agitée; respiration précipitée et sifflante ; pouls plus fréquent, insomnie complète, prostration des forces plus prononcée, moral plus affecté; plaie du côté gauche du cou suppurant moins ; chairs affaissées et blafardes, pus un peu sanieux ; il s'échappe du fond de la blessure beaucoup d'air ; les linges et la charpie sont très-imbibés par les liquides qui sont sortis plus abondamment par l'ouverture de la plaie, qui elle-même est béante. La blessure du doigt indicateur de la main droite offre aussi un mauvais aspect ; la phalange est mobile et comme détachée de son articulation; le pus est d'un brun foncé. La pommade épispatique appliquée sur les cuisses a donné naissance à des ampoules et à une suppuration assez abondante. Malgré les plus pressantes sollicitations, la malade ne veut pas qu'on s'oppose à cette suppuration artificielle.

Le 3 décembre, nuit moins mauvaise que la précédente, moins d'agitation ; pouls toujours petit et fréquent, soif vive, faiblesse très-grande, respiration moins sifflante, toux aussitôt que la malade boit, expectoration facile ; plaie du cou suppurant moins, pus de meilleure nature ; celles des cuisses suppurent beaucoup, et on ne peut obtenir de les faire sécher.

Les jours suivants, l'état reste à peu près stationnaire; pas de sommeil, pouls petit, accéléré, besoin de respirer l'air extérieur ; altération de la face, prostration; les frissons se répètent tous les soirs à huit heures et durent une heure (Lav. au bouillon, crème de riz).

Le 5, douleur au côté gauche du thorax (Cataplasme).

Le 6 décembre, nuit assez calme, respiration haute et sifflante, persistance de la douleur du côté gauche de la poitrine, prostration des forces plus marquée, soif ardente, pouls plus accéléré, enduit fuligineux sur le bord des lèvres ; plaie du cou suppurant peu ; chairs molles, blafardes et continuellement humectées par les boissons qui s'écoulent en plus grande quantité par la blessure (Ventouses sur le côté gauche de la poitrine. Cataplasme).

Le 7 décembre, nuit peu agitée; par intervalle, somnolence et rêvasseries fugaces, pouls petit et fréquent, respiration haute et sifflante, déglutition moins facile, traits de la face alongés, soif vive, toux fréquente, syncopes, frissons irréguliers suivis d'un peu de chaleur, puis de moiteur qui bientôt se répercute, la malade se découvrant à chaque instant ; plaie du cou semblant s'agrandir et d'un mauvais aspect. Le soir, moral plus inquiet, sentiment d'une fin prochaine; mademoiselle Levasseur demande alors avec instance à faire des changements à son testament : pour se donner toute la force nécessaire, elle prend une cuillerée de vin généreux et supporte avec courage cette nouvelle épreuve, mais peu d'instants après, syncopes fréquentes, prostration extrême des forces.

Le 8 décembre, nuit agitée, délire marqué depuis onze heures du soir, pouls très-petit et précipité, respiration ralentie, déglutition fort difficile, boissons passant avec peine, et menace de suffocation ; traits de la face hippocratiques, imminence de la mort ; agonie à huit heures du matin, mort à onze heures.

Le lendemain 9 décembre à dix heures du matin, en vertu d'une ordonnance de M. Diendonné, juge d'instruction, il fut procédé en sa présence et celle de M. Chevalier Lemore, substitut du procureur du roi, à l'autopsie du corps de mademoiselle Levasseur, par les soins de MM. le professeur Velpeau, les docteurs Ollivier d'Angers, West et Tacheron. En voici le procès-verbal.

Autopsie.—Etat extérieur. Emaciation très-prononcée du cadavre, avec rigidité des muscles supérieurs et inférieurs ; à la partie antérieure et supérieure du cou, incision transversale presque cicatrisée ; sur le côté gauche du cou, plaie oblique de haut en bas, de dehors en dedans, à bords écartés et dont la forme a été décrite dans l'observation qui précède. Au pied droit, sur le bord interne, excoriation desséchée.

En procédant avec le plus grand soin à la dissection de la plaie du côté gauche du cou, on a reconnu que le trajet de cette blessure était dirigé transversalement de dehors en dedans, qu'il était contigu à la paroi antérieure de l'artère carotide primitive gauche au-dessus de la branche thyroïdienne supérieure ; ce trajet pénétrait toujours à gauche dans la membrane thyroïdienne, où il formait une perforation arrondie de trois à quatre lignes de diamètre.

En disséquant à droite du cou, sur la région ecchymosée, on a trouvé que l'épanchement de sang avait eu lieu au-dessous de la peau en même temps que dans les interstices musculaires de cette région. En arrière de la veine jugulaire interne et de l'artère carotide droite, on a aussi rencontré un cul-de-sac en suppuration, qui était la fin du trajet de la plaie dont nous avons signalé l'ouverture extérieure au côté gauche du col ; l'instrument vulnérant avait intéressé la paroi postérieure de la veine jugulaire qui offre une perforation arrondie de deux lignes de diamètre; à cette ouverture était accollé, dans l'intérieur du vaisseau, un caillot fibrineux jaunâtre, qui avait déterminé et produit l'obturation du vaisseau lui-même.

En incisant en bas la veine jugulaire, on a retrouvé la continuation du caillot fibrineux à forme tubulaire et contenant un pus liquide légèrement sanguinolent.

La partie moyenne du trajet de la plaie était située entre la paroi postérieure du pharynx et la face antérieure de la colonne vertébrale où se trouvait une suppuration assez abondante.

Il n'existait pas d'autre ouverture du pharynx que la plaie pénétrante de la membrane thyro-hyoïdienne déjà décrite, plaie qui avait été produite en même temps que la section de la grande corne du cartilage thyroïde du côté gauche.

Le trajet de la veine jugulaire droite ayant été poursuivi jusque dans la veine cave supérieure et dans l'oreillette, on a reconnu que le caillot fibrineux se continuait dans cette dernière, où il s'épanouissait en un caillot rosé et organisé, qui a dû exister nécessairement avant la mort.

Dans l'intérieur du thorax, le poumon droit et la cavité de la plèvre droite sont à l'état sain ; à gauche existe une pleurésie avec production de fausses membranes albumineuses.

Tous les organes de l'abdomen étaient à l'état sain.

De cet examen anatomico-pathologique, nous pouvons conclure que la mort, si elle n'a point été produite immédiatement par une blessure d'une nature aussi grave, a été cependant le résultat nécessaire de la blessure de la veine jugulaire droite, par suite de laquelle il y a eu inflammation de l'intérieur de ce vaisseau et résorption d'une matière purulente. A cette résorption peuvent être attribués évidemment la pleurésie et les autres symptômes qui ont précédé immédiatement la mort.

Cette observation est doublement remarquable, et par la lésion de la veine jugulaire interne et par le trajet de l'instrument vulnérant. Il était impossible, en effet, de soupçonner que la pointe d'un poignard, après avoir traversé la membrane hyo-thyroïdienne, fût allé chercher la veine jugulaire droite, en perforant la paroi postérieure du pharynx, pour glisser entre cette paroi et la colonne vertébrale. La seule circonstance qui eût pu mettre sur la voie du diagnostic, était l'épanchement sanguin du côté droit, et on pouvait l'attribuer à une autre cause. Il en était de même des selles et des vomissements de sang, qui accusaient bien la lésion d'un gros vaisseau, mais ne pouvaient déterminer sa position exacte. Nous ne pensons pas qu'il existe dans la science aucune autre observation analogue. Rarement voit-on les plaies entre le larynx et l'os hyoïde se compliquer d'hémorrhagie. A peine d'ailleurs trouve-t-on indiquée dans les ouvrages classiques la blessure des veines jugulaires, qui y est regardée comme constamment et nécessairement mortelle. A. Paré (1) cite bien un cas de guérison, mais il paraît plus probable qu'il s'agissait d'une plaie de la jugulaire externe. En revanche il y a des exemples nombreux et bien constatés, de morts à la suite de cette lésion. Tantôt l'hémorrhagie a été mortelle immédiatement, comme cela arriva à une jeune fille dont M. A. Séverin (2) nous a conservé l'histoire, et qui mourut d'hémorrhagie pendant l'ablation d'une écrouelle entreprise par un charlatan. Tantôt l'hémorrhagie est survenue tardivement à la suite de la chute d'une escharre ou de la ligature appliquée sur la veine, comme Bohnius et M. Sanson en rapportent des exemples (3) ; tantôt enfin la mort survient par le fait de la phlébite, comme dans l'observation de M. Tacheron. Dans ce dernier cas, l'hémorrhagie s'était arrêtée spontanément. Dans les cas de guérison que citent les auteurs, on a eu recours à la ligature. Hogdson (4) rapporte plusieurs exemples où cette méthode fut employée avec succès pour arrêter le sang qui s'écoulait à flots de la jugulaire interne divisée pendant une opération. Guthrie (5) a rapporté une observation également très-importante : pour réprimer une hémorrhagie provenant d'une ouverture latérale de la veine jugulaire interne, on saisit et on attira avec le *ténaculum* les deux lèvres de la division de la veine, et on les entoura d'une ligature de manière à ne pas interrompre la continuité du vaisseau. Le huitième jour, le sujet ayant succombé à une hémorrhagie artérielle provenant d'une lésion de la carotide, on put examiner la blessure de la jugulaire ; elle était guérie et le canal de cette veine était conservé. Toutes les fois que les circonstances le permettront, il faudra en agir de même ; en effet, la science n'est pas fixée au sujet des effets de l'oblitération des jugulaires sur la circulation cérébrale. Les expérimentateurs n'ont pas obtenu le même résultat, les uns ayant observé des accidents graves à la suite de la ligature de ces vaisseaux, les autres n'ayant rien vu de spécial. Dans les observations déjà citées d'Hogdson, il n'en résulta aucun inconvénient pour les malades. Dans celle que M. Tacheron a communiquée aux *Archives*, l'oblitération de la jugulaire n'a eu aucun effet appréciable sur les fonctions cérébrales. Ici, en effet, l'hémorrhagie, comme on l'a vu, a cessé par la formation d'un caillot que favorisait la profondeur de la plaie, et il est probable que, comme dans les faits précédents, la malade eût guéri si l'inflammation ne se fût étendue au foyer sanguin et de là à la veine. On sait que les plaies des veines ne se réunissent pas directement, mais que d'abord le sang épanché forme un coagulum sur la plaie. Si par une cause quelconque la suppuration survient, le caillot est déplacé, et l'ulcération s'empare alors des bords de la plaie, en augmente l'étendue et lui donne une forme circulaire. C'est ce qui a eu lieu chez Mlle Levasseur, sans empêcher en rien la formation du coagulum intérieur et son extension vers le cœur. La blessure était d'ailleurs fort grave indépendamment de toute hémorrhagie. La situation d'une plaie sur la membrane thyroïdienne, est presque toujours, en effet, un obstacle à la cicatrisation, et une suppuration plus ou moins profonde en est la suite. Nous ferons remarquer ici ces frissons si réguliers par leur apparition et leur durée qui revinrent tous les jours à partir du septième après la lésion. Il est difficile de dire quelle a été leur cause, si on doit les rapporter seulement à la formation du pus, dans la plaie située en arrière du pharynx, ou s'ils ont signalé l'invasion de la phlébite. Dans cette dernière supposition, la maladie se serait prolongée bien plus longtemps qu'on ne le voit dans des cas analogues. Il est évident d'ailleurs que la force de résistance de la malade était très-grande, pour qu'elle ait survécu pendant tant de jours à des lésions aussi graves.

(1) Lib. X, ch. xxx.
(2) De Medecin. efficaci, obs. 2, cent. 4.
(3) Des Hémorrhagies traumatiques, p. 239.
(4) Trad. franc., t. II, p. 483.
(5) On the diseases and the injuries of the arteries.

Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la pleurésie ; par M. Mathieu Hirtz, D.-M. à Strasbourg (1).

La pleurésie est une des maladies qui, tant sous le rapport de l'anatomie pathologique que sous celui du diagnostic, doit le plus aux travaux des modernes : les

(1) M. Hirtz est auteur d'une fort bonne dissertation présentée l'année dernière à la Faculté de Médecine de Strasbourg, et intitulée : *Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la phthisie pulmonaire.*

lésions qu'elle entraîne, les signes auxquels on la reconnaît, sont aujourd'hui déterminés avec une exactitude presque mathématique. Cependant diverses circonstances peuvent encore obscurcir ou fausser le diagnostic, jeter dans le doute le praticien rigoureux. L'examen de quelques-unes de ces circonstances fera l'objet de ce mémoire.

§ 1er *Des différents rapports du poumon avec le liquide épanché dans la plèvre, et de leur influence sur les signes diagnostiques.*

L'épanchement produit de l'inflammation de la plèvre est tantôt très-peu abondant, formé par quelques onces de sérosité plus ou moins consistante (épanchement faible); tantôt il est d'une abondance médiocre, d'une à trois livres de liquide (épanchement moyen); tantôt enfin la collection est très-copieuse, et peut aller jusqu'à remplir toute la capacité d'un côté de la poitrine (épanchement considérable). Il n'est pas besoin d'ajouter que la quantité de liquide épanché peut parcourir successivement ces trois degrés d'abondance du plus faible au plus fort, et *vice versâ*.

Or, les observations cliniques et nécropsiques qui vont suivre prouvent que, dans les différentes circonstances qui viennent d'être énumérées, les rapports du poumon avec le liquide, et par suite les signes physiques de la pleurésie, éprouvent des changements importants à noter. Examinons ces changements.

1° *Épanchement faible.* — On peut appeler ainsi celui qui va depuis quelques onces jusqu'à une livre, et même plus : une pareille quantité est très-peu visible dans le thorax ; souvent il faut aller la chercher dans la partie toute postérieure où elle se trouve cachée derrière le poumon; *elle ne se répand pas en nappe* entre cet organe et la plèvre costale, et trouve assez de place pour disparaître entre la base du poumon et le diaphragme; aussi, dans ce cas, quand on dénude la plèvre, on ne sent aucune fluctuation entre cette membrane et le poumon, et si on la perce même très-bas, aucun liquide ne s'échappe.

2° *Épanchement médiocre.* — Celui-ci occupe déjà une partie notable de la capacité pectorale, et influe visiblement sur la position du poumon. Ici il est très-important pour le diagnostic de distinguer l'époque à laquelle on constate cet épanchement. Lorsque, (et ceci est vrai pour les épanchements hydropiques comme pour ceux qui résultent de l'inflammation) lorsque peu de temps s'est écoulé depuis la formation du liquide et à l'instant où on l'examine sur le cadavre, le poumon ne se trouve point refoulé vers la partie supérieure; il nage dans le liquide qui l'entoure de tous côtés, et qui forme entre lui et la paroi pectorale une nappe dont l'épaisseur et la hauteur sont en raison de la quantité du liquide. Mais à presque tous les points de la paroi pectorale correspond une portion du poumon, à une profondeur d'autant plus grande que l'épanchement est plus considérable. Cette portion correspondante du poumon vient aussitôt surnager et se mettre en rapport avec la paroi pectorale qui lui correspond, dès que celle-ci se trouve être la partie la plus élevée du plan sur lequel repose le cadavre, comme on peut aisément le constater par la percussion, ou en dénudant la plèvre en quelques endroits. Il en résulte que, dans ce cas, le poumon et le liquide épanché doivent changer de place suivant la position du malade.

Il n'en est pas de même lorsque l'épanchement dure depuis un certain temps, et surtout s'il est chronique : les rapports en sont changés; dix, quinze jours, un peu plus tôt, un peu plus tard, après que l'épanchement a eu lieu, on ne trouve plus le poumon plongé au milieu du liquide, séparé des parois thoraciques par une lame d'eau. Mais cet organe est ordinairement refoulé à la partie supérieure, à plus ou moins de hauteur suivant la quantité du liquide, qui lui-même occupe exclusivement la partie inférieure, recouvert par le poumon qui forme au-dessus de lui comme une espèce de pont. On peut très-bien alors diviser le côté malade en deux moitiés plus ou moins égales, dont la partie supérieure est occupée par le poumon, et la partie inférieure par le liquide. Il faut excepter cependant la circonstance où le poumon se trouve enflammé, hépatisé. Alors la pesanteur qu'il a acquise l'empêche de surnager et d'être refoulé, et on le trouve à toutes les époques comme dans le cas précédent, c'est-à-dire nageant dans la sérosité.

3° Si l'épanchement est très-considérable, on trouve le poumon, à quelqu'époque qu'on l'examine (ce qui demande toujours une dizaine de jours quand la collection est forte), refoulé de dehors en dedans, d'avant en arrière et de bas en haut vers la colonne vertébrale, où il semble pour ainsi dire comme perdu. Si l'épanchement est ancien, le poumon est aplati, flasque, privé d'air; les bronches sont rétrécies. Ce que nous venons de dire suppose l'intégrité antérieure de la plèvre : mais si elle a des adhérences avec le poumon on ne trouve plus rien de constant, et ces rapports sont modifiés en raison de la position dans laquelle se trouve fixé cet organe par les fausses membranes. Ainsi il se trouvera refoulé tantôt en haut, tantôt en bas, suivant l'espèce de liaison qu'il aura contractée avec la membrane séreuse. Ces circonstances anatomiques posées, voyons comment elles influent sur les signes diagnostiques.

1° Si l'épanchement est faible, il en résulte que le poumon n'en est point comprimé latéralement, puisque le liquide ne s'interpose point entre lui et les parois thoraciques. Il s'en suit que, dans la majorité des cas, l'épanchement échappe a l'investigation, car n'altérant d'une manière notable ni la sonoréité, ni le bruit respiratoire, il se dérobe à la fois à la percussion et au stéthoscope. Dans quelques cas où il est déjà un peu abondant, il se manifestera vers la base du thorax par une sonoréité douteuse, par une légère obscurité du bruit respiratoire qui ne semble pas venir jusqu'à la surface, et pendant la phonation par une espèce de bredouillement qui n'est point encore de l'égophonie. On sent combien ces signes sont douteux; aussi faut-il une oreille exercée pour *deviner* l'épanchement qui, je le répète, se dérobe plus souvent à l'exploration. Ce qui en résulte alors, c'est qu'en présence des symptômes évidents de la pleurésie, l'absence des signes de l'épanchement fait diagnostiquer une *pleurésie sèche*. Or, les pleurésies sèches, comme le dit fort bien Laennec, sont extrêmement rares, surtout si elles sont assez intenses pour déterminer la fièvre. Mais ce qui n'est pas rare, et ce qui s'explique par ce que nous venons de dire, c'est que l'épanchement faible est souvent méconnu faute de signes qui le caractérisent. Cela est si vrai, que chez plusieurs sujets qui avaient succombé, les uns à une

hydropisie ascite, les autres à une fièvre grave, maladies qui dans les derniers jours s'étaient accompagnées, comme il est fréquent de le voir, de symptômes de pleurésie, nous n'avons, *jusqu'au dernier moment*, pu constater d'altération ni dans la sonoréité, ni dans le bruit respiratoire; et pourtant à l'autopsie nous trouvions quelquefois jusqu'à une livre, et même plus, de liquide, soit séreux, soit séro-purulent. D'autres fois la pleurésie est méconnue, la douleur est rapportée à la pleurodynie, et la maladie peut être négligée jusqu'au moment où des symptômes moins équivoques et plus graves se manifestent.

2° Lorsque l'épanchement est d'une certaine abondance, avons-nous dit, ses rapports avec le poumon varient suivant qu'il est récent ou d'une certaine durée, de manière que dans les premiers temps le poumon le plonge dans le liquide, et que plus tard il se retire vers la partie supérieure. Cette double circonstance influe de la manière la plus importante sur le diagnostic. En effet, dans le premier cas le liquide, en contact avec une grande partie de la paroi pectorale, détermine une matité toujours très-étendue, et qui se propage rapidement, ce qui fait toujours soupçonner l'épanchement plus considérable qu'il n'est en réalité. La nappe d'eau qui sépare le poumon de la plèvre comprime l'organe respirateur, rend sa surface compacte, efface les vésicules, et empêche l'air de pénétrer au delà des bronches; de là une respiration bronchique très-intense. Pendant la phonation, l'air produit dans les tuyaux bronchiques une vibration qui n'est autre chose que la bronchophonie, mais qui, transmise à travers un liquide ondulent, prend ce caractère chevrottant qui l'a fait appeler égophonie. De plus, tous ces phénomènes se déplacent selon les positions du malade.

Ainsi les phénomènes propres à la pleurésie arrivée à cette époque sont la matité étendue, la respiration bronchique et l'égophonie. Cette respiration tubaire existe *toujours* à cette période de la maladie; elle est aussi constante que l'égophonie à laquelle elle est liée aussi intimement qu'elle l'est à la bronchophonie. On a eu tort, ce me semble, de regarder ce phénomène comme exceptionnel ou du moins rare dans les cas d'épanchement; erreur qui provient sans doute de ce qu'on n'a pas distingué les époques auxquelles les circonstances anatomiques lui permettent d'avoir lieu, ou en empêchent la production. Bien plus, dans les cas d'épanchement, la respiration tubaire a encore plus d'intensité que lors de l'hépatisation, et elle s'élève au véritable souffle. Il en résulte que toutes les fois qu'on entend la respiration tubaire dans la pleurésie, on doit diagnostiquer un épanchement dans lequel le poumon plonge encore, et conclure que, malgré la matité étendue, le liquide n'est pas très-abondant, résultat aussi important pour le diagnostic et le pronostic que pour les indications thérapeutiques.

Lorsqu'au contraire est arrivée cette période de l'épanchement où celui-ci est refoulé dans la partie inférieure, tandis que le poumon, par un mécanisme susceptible de diverses explications, étant dégagé du liquide, surnage à son niveau, les signes du diagnostic changent. La matité, auparavant très-étendue, diminue notablement, et se trouve réduite à la partie inférieure. La respiration, qui était bronchique partout, se rétablit à la partie supérieure, et cesse complétement dans les parties déclives, et l'égophonie disparaît ou du moins ne se fait plus guère reconnaître qu'au niveau de la matité, là où le poumon en contact avec le liquide fait vibrer celui-ci. On s'explique aisément ces changements dans les signes; mais il peut en résulter une erreur très-grave dans le diagnostic. En effet, le médecin qui a percuté son malade au début et dans les premiers jours de la maladie, et qui l'explorera de nouveau à quelque temps de là, trouvant que la matité, qui avait envahi presque tout le côté, est maintenant réduite à quelques pouces; que la respiration bronchique a fait place, dans une grande étendue, au bruit respiratoire vésiculaire; que l'égophonie a disparu ou est limitée, ne manque presque jamais de diagnostiquer la résorption de l'épanchement, sinon en totalité, au moins en grande partie, et il se relâchera de la sévérité du traitement et de la surveillance active qu'il doit à son malade; et cependant la quantité du liquide n'aura pas diminué d'une goutte. Bien plus, elle pourra avoir augmenté, et si la sécrétion continue, l'épanchement continuera à s'amasser; il dilatera le côté, refoulera le poumon, non plus vers le médiastin, mais de bas en haut, ce qui ne s'aperçoit que tard; et souvent le médecin sera étonné de voir augmenter d'une manière grave les symptômes chez un malade qu'il croyait convalescent. On voit donc combien il est important d'éviter une pareille erreur.

Mais comment distinguer si la disparition des signes indiqués est due à une diminution réelle du liquide ou à un simple changement de rapport entre lui et le poumon? Cela paraît embarrassant au premier moment, et pourtant ce n'est pas très-difficile.

Lorsque l'épanchement diminue en réalité et que par conséquent le poumon est resté en partie plongé dans le liquide, il en résulte que, dans les endroits où il y a encore de la matité, ce liquide étant répandu en nappe sur cette portion du poumon, les circonstances qui produisent la respiration bronchique et l'égophonie existent encore, et ces deux phénomènes et spécialement le premier doivent encore se produire. Si au contraire la diminution du liquide n'est que simulée et due à l'ascension du poumon, il ne peut plus se produire de respiration bronchique à la partie inférieure. Il en résulte que, si on observe la diminution de la matité et le retour de la respiration à la partie supérieure, il faut s'assurer si à la partie inférieure existent ou non la respiration tubaire et l'égophonie : si ces deux phénomènes existent, la diminution est réelle, sinon elle n'est qu'apparente. Ajoutez à cela que dans le premier cas la matité pourra se déplacer, et que la mensuration indiquera quelquefois la diminution et la dilatation.

Une autre cause d'erreur, qui n'est pas moins fréquente, et qui résulte du même mécanisme, est la suivante. Nous avons dit que, lorsque le poumon était enflammé à sa partie inférieure, il ne surnageait pas tant que durait cette inflammation, ce qui fait que dans la pleuro-pneumonie, il suffit d'un très-petit épanchement pour que celui-ci se répandant autour du poumon produise une matité très-étendue; d'ailleurs le poumon n'étant pas compressible alors, l'épanchement ne va jamais très-loin. Or, au moment où l'inflammation passe à la résolution, le poumon devenant à la fois plus compressible et plus léger, il arrive alors, d'un côté, que l'épanchement augmente notablement, et que d'un autre le poumon se porte à la partie supérieure de la poitrine. Il en résulte donc par le mécanisme que nous avons expliqué plus haut, qu'en même temps que l'épanchement augmente, les signes physiques paraissent

en accuser la diminution. C'est un fait que j'ai observé dans bon nombre de pleuro-pneumonies où la résolution de la pneumonie fut signalée par une augmentation de l'épanchement, qui donna le change pour une guérison prochaine. J'ai publié ailleurs un fait semblable, mais où le vrai état de la maladie ne fut pas méconnu (1). Le médecin doit donc bien veiller, au moment de la résolution d'une pleuro-pneumonie, à reconnaître les épanchements qui peuvent alors survenir ou s'aggraver. Je citerai ici deux faits : dans l'un, l'erreur fut commise, dans l'autre elle fut évitée.

Obs. Ire. — *Épanchement pleurétique à droite; diminution du liquide simulée par l'ascension du poumon. Mort.* — Aurélie Schoff, ouvrière en perles, âgée de 18 ans, entre à la Clinique de la Faculté de Strasbourg, le 8 mai 1334. Cette jeune fille qui, malgré le beau développement de son corps, n'était pas encore réglée, nous raconta que le 1er du même mois, après s'être exposée la veille à un refroidissement, elle avait été prise tout à coup d'un violent frisson, suivi d'une chaleur très-forte. En même temps elle ressentit dans le côté droit, sous le mamelon, une douleur très-aiguë qu'exaspérait surtout une toux sèche qui était survenue simultanément, et qui amenait de temps en temps des caillots d'un sang pur. Elle avait été saignée une fois en ville : on lui avait placé des sangsues, mais elle n'avait été soulagée que momentanément.

A son entrée à l'hôpital, elle était dans l'état suivant : toux sèche avec expectoration rouillée, rare; oppression supportable, mais augmentant pendant la nuit, décubitus dorsal, respiration fréquente : la percussion donne une matité étendue aux trois-quarts du côté droit qui est notablement dilaté; l'auscultation fait entendre, dans toute l'étendue de la matité, un souffle bronchique intense qui est transmis presque dans le côté opposé. Ce souffle, ainsi que la matité, disparaissent à la partie antérieure lorsque la malade est couchée sur le dos, et on entend alors à leur place une crépitation des plus marquées. La voix est très-retentissante, saccadée, chevrottante (égophonie), principalement à la partie supérieure. Le côté opposé résonne bien, la respiration y est puérile, mêlée de sibilation; le cœur est à l'état normal : pouls fréquent (90), petit; anorexie; peau moite; du reste, les autres fonctions à l'état parfait. Le diagnostic n'était pas douteux; on ne pouvait méconnaître la *pleuro-pneumonie avec épanchement.* (On prescrivit : saignée de dix onces; calomel gr. ij; sucre blanc ℈j; prendre quatre doses dans la journée). — Pendant quatre jours, peu d'amendement, tant du côté des symptômes que de celui des signes fournis par l'exploration.

Le 4e jour, salivation assez abondante; nouvelle exploration : la matité avait diminué de moitié et n'occupait plus que le tiers inférieur; dans les deux tiers supérieurs, retour de la respiration normale et de la sonoréité. Ces circonstances nous firent croire à une grande diminution de l'épanchement; on cessa tout remède; on prescrivit simplement un gargarisme astringent contre le ptyalisme.

Cependant le pouls restait toujours fréquent; le soir, la peau devenait brûlante; la nuit il y avait de l'oppression et une toux forte. La matité était encore descendue de quelques lignes, mais *dans les endroits où elle existait il n'y avait point de souffle bronchique;* absence complète de tout bruit.

Pendant quelques jours nous négligeâmes d'explorer la malade, dans la ferme persuasion que presque tout l'épanchement avait disparu. Cependant, la dyspnée allant toujours croissant, nous l'examinâmes de nouveau, et grand fut notre étonnement de trouver les trois-quarts du côté malade de nouveau envahis par la matité; mais point de souffle, point d'égophonie : *silence complet* dans toute l'étendue de la matité; dilatation de huit lignes du côté affecté. On eut de nouveau recours aux mercuriaux, puis aux diurétiques, aux révulsifs; rien ne servit. La malade maigrit beaucoup; ses pieds commencèrent à s'infiltrer; elle eut de fréquents accès de dyspnée. Dans cette extrémité, l'opération de l'empyème fut proposée; mais M. Lobstein, qui ne l'avait presque jamais vue réussir, promit cependant d'y aviser le lendemain si la malade n'allait pas mieux. Mais elle mourut dans la nuit, dans une attaque subite de suffocation, le 1er juillet, sept semaines après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie fut faite le lendemain. La mensuration donna encore sept lignes de dilatation du côté droit. A l'ouverture de la poitrine il s'écoula une énorme quantité de sérosité trouble, verdâtre, qui avait déposé plusieurs onces d'un pus bien lié. Nous eûmes presque de la peine à trouver le poumon, tant il était refoulé et aplati vers la colonne vertébrale; quelques brides pseudo-membraneuses unissaient à la plèvre costale son sommet qui présentait quelques tubercules ramollis. Le poumon du côté opposé, ainsi que la plèvre, étaient dans un état parfait d'intégrité. Le cœur était sain également. La matrice et les ovaires étaient petits et flétris (ce qui était en rapport avec l'absence des règles). Les autres organes n'offraient rien à noter.

Pour quiconque lira attentivement cette observation, il sera clair que, la pneumonie ayant passé à résolution, et le poumon étant ainsi devenu plus léger et plus compressible, cet organe est remonté au-dessus du liquide en même-temps que celui-ci put augmenter de quantité; que cette ascension du poumon, et la collection du liquide à la partie inférieure, ont fait diminuer la matité, reparaître le bruit respiratoire, ce qui en imposa et dut en imposer pour une diminution réelle de l'épanchement; erreur que nous eussions pu éviter en ayant égard aux signes différentiels indiqués plus haut.

Du reste, les mêmes circonstances peuvent se présenter dans la pleurésie simple; en voici un exemple où heureusement le diagnostic ne fut point en défaut.

IIe Obs. — *Épanchement pleurétique à gauche; diminution du liquide d'abord simulée par l'ascension du poumon, ensuite réelle. Guérison.* — Nicolas Braun, douanier, âgé de 36 ans, de constitution robuste, s'étant exposé à un courant d'air pendant qu'il était en transpiration, ressentit aussitôt un malaise qu'il ne put définir; dans la même nuit il fut réveillé par un frisson violent et un point de côté très-aigu à gauche; bientôt survint une chaleur brûlante et de la soif. On se borna à lui faire prendre des boissons théiformes.

Entré à l'hôpital le troisième jour (12 juillet 1834), l'épanchement était évident : matité remontant aux deux tiers du côté gauche, changeant de niveau suivant les positions que prend le malade; souffle bronchique; égophonie; toux petite, sèche; point de dou-

(1) Compte rendu de la Clinique interne de la Faculté de médecine de Strasbourg, page 51.

leurs sous le mamelon gauche. Pouls petit, fréquent; embarras gastrique. (Émétique). Le jour suivant, saignée, calomel. Même état jusqu'au troisième jour (depuis l'entrée).

A cette époque, diminution de la matité; retour de la respiration dans la même proportion, mais disparition du souffle bronchique dans l'endroit mat; égophonie limitée au niveau du liquide. Persistance de la fièvre et de la dyspnée.

Les jours suivants, la descente du liquide ne fit plus de progrès, ce qui, joint à l'absence de tout bruit dans l'endroit mat, indiquait l'ascension du poumon qui simulait une diminution de l'épanchement. On insista alors sur l'emploi du calomel qui produisit une salivation orageuse. Un vésicatoire appliqué sur le côté aida la résolution, qui ne fut parfaite que le 19e jour. Alors seulement toute matité avait disparu, et avait fait place à la respiration vésiculaire, cependant encore obscure.

Si, confiants dans les apparences, nous avions pris encore la diminution de la matité et de la respiration tubaire pour signe de la disparition de l'épanchement et suspendu le traitement, il est permis de supposer que la maladie aurait continué à marcher et aurait peut-être entraîné les fatales conséquences que nous avons vues dans l'observation précédente. Cette erreur peut être d'autant plus dangereuse que souvent, comme M. Arronsohn, mon savant maître, l'a fait observer le premier, ce n'est qu'au moment de la disparition de la douleur que l'épanchement devient abondant, et cette époque peut précisément correspondre avec le déplacement du poumon (1).

3° D'après ce que j'ai dit des rapports du poumon avec le liquide épanché lorsque celui-ci est très-abondant, il n'est pas possible de confondre cet état avec les cas précédents, quoique la matité puisse être aussi grande dans le deuxième degré d'abondance que dans celui dont il est actuellement question. D'abord dans le premier de ces deux cas, cette matité est produite subitement parce que, le poumon n'étant comprimé qu'à sa périphérie, la cavité pectorale est bientôt remplie; dans le second au contraire la matité augmente lentement et graduellement : une fois produite elle diminue dans la même progression, ne se déplace point, puisque le poumon ne peut venir remplacer le liquide. Dans le premier cas il y a souffle bronchique et égophonie dans toute l'étendue de la matité; dans le second, il y a silence complet pendant toute la durée de l'acte respiratoire, et le bruit vésiculaire est tout au plus perceptible sous les omoplates, à l'épine dorsale et sur les clavicules.

Par la comparaison de ces signes il est aisé de voir, 1° qu'il est facile de discerner la matité produite par un épanchement très-*abondant*, de celle qui n'est que le résultat d'un épanchement *étendu en nappe;* 2° que l'erreur de diagnostic que je viens de signaler dans les cas d'épanchement médiocre, ne peut se produire dans le cas d'épanchement très-abondant; car l'ascension du poumon qui l'occasionne dans le premier cas ne peut en imposer ici, puisque le poumon est déjà refoulé vers la partie toute supérieure. Aussi quand on voit dans ce cas la matité diminuer, la respiration reparaître, on peut être sûr que l'amélioration n'est pas simulée, mais est très-réelle.

(1) *Voyez* notre compte rendu de la *Clinique* de M. Arronsohn, page 10

§ II. *Des indications à tirer pour le diagnostic de la nature de l'épanchement pleurétique.*

Dans le chapitre précédent, nous nous sommes occupés des épanchements liquides et des indications diagnostiques qu'ils fournissent dans leurs rapports avec le poumon; il sera question ici des épanchements non liquides ou du moins qui ne restent pas tels.

Tous les praticiens savent que le liquide séreux qui s'épanche ordinairement dans la plèvre est dans quelques cas remplacé par une exsudation de matière coagulable. Cette différence dans la matière sécrétée apporte dans les signes physiques de la maladie et même dans sa terminaison, des changements assez importants. Pour mieux les faire apprécier rappelons en peu de mots quelques détails anatomo-pathologiques.

Dans les cas les plus ordinaires, l'épanchement pleurétique est constitué par deux produits différents : 1° le liquide aqueux; 2° la portion albumineuse. Ces deux produits sont en proportion variée : souvent le liquide presque entièrement limpide, ne contient que quelques flocons; d'autres fois l'épanchement est presque entièrement constitué par la partie albumineuse appelée alors lymphe plastique.

La matière épanchée a d'autant plus de consistance que le sujet est plus jeune, plus robuste et que son sang par conséquent a plus de plasticité. Dans ces cas on trouve, lorsque l'exsudation est récente, une lymphe coagulée étendue en couche plus ou moins épaisse, molle, caséeuse, d'un blanc jaunâtre. Cette altération, qui s'observe rarement dans les pleurésies simples, parce que les sujets ne meurent pas à cette époque de la maladie, est très-commune chez ceux qui à la fin d'une maladie mortelle (pneumonie, typhus) sont atteints d'une inflammation de la plèvre. Très-concrescible, cette matière s'organise plus tard et forme des fausses membranes d'autant plus épaisses que l'exsudation a été plus abondante. A cette seconde période on les rencontre très-fréquemment, tantôt sous forme d'une couche pseudo-membraneuse, coriace, élastique, résistante, étendue entre les deux plèvres dans un espace plus ou moins considérable, et souvent même sur toute la surface pulmonaire; d'autres fois sous forme d'une véritable poche épaisse, constituée par plusieurs couches plastiques, qui enveloppent, emprisonnent le poumon. Ces poches semblent se former dans quelques circonstances spéciales. En effet, il est prouvé par l'observation que, dans un grand nombre de cas, l'exsudation plastique s'accompagne au début d'une certaine quantité de liquide, qui résorbé facilement n'a laissé voir à l'autopsie que le produit solide. Ce fait, en apparence indifférent, me paraît pourtant avoir un résultat fâcheux; car une fausse membrane qui vient à envelopper le poumon au moment où il est rappetissé par la compression d'un liquide, et qui acquiert peu à peu de la solidité, forme autour du poumon une coque qui ne lui permettra plus de se dilater lorsque cette compression aura cessé. Cela peut arriver dans la pleurésie que Laennec a appelée hémorrhagique, et où la fibrine, venant à se déposer en couches épaisses sur le poumon, pendant que la sérosité comprime celui-ci, mettra cet organe dans l'impossibilité de se prêter à une dilatation ultérieure, et peut avoir les conséquences les plus fâcheuses, comme cela me semble ressortir de l'observation suivante que je ne fais que résumer.

Obs. IIIe. — *Pleurésie hémorrhagique. Fausse membrane formant une poche autour du poumon. Mort.* — Louis Hautmann, tonnelier, d'une constitution athlétique et dans la force de l'âge, fut pris au mois de décembre 1835 d'une pleurésie qui parut d'abord peu intense, mais qui au bout de quelques jours présenta les signes évidents de l'épanchement. La méthode antiphlogistique d'abord, puis les révulsifs furent employés ; néanmoins la maladie ne s'amenda point. Pouls toujours fréquent, respiration toujours notablement gênée, traits du visage profondément altérés. M. Arronsohn qui avait donné les premiers soins au malade, m'invita à l'examiner ; M. le docteur Stoss fut également appelé. La percussion donna une matité étendue aux trois-quarts supérieurs du côté droit, surtout en avant, où elle était beaucoup plus étendue ; dans le même espace on n'entendait aucun bruit respiratoire, ni bronchique ni autre ; supérieurement, respiration vésiculaire mêlée de râles. Le côté gauche n'offrit à noter qu'une respiration puérile. Il y avait une toux occompagnée de crachats glaireux, l'oppression était très-forte et venait surtout par accès pendant la nuit ; la figure du malade décomposée, le pouls assez dur, sub-fréquent (Saignée de douze onces ; digitale en poudre.). Les jours suivants augmentation des symptômes, vomissements produits par la digitale, infiltration des extrémités inférieures, commencement d'ascite, oppression de plus en plus considérable, étouffements par accès. L'intensité toujours croissante des symptômes, l'inutilité des remèdes employés, fit songer à l'opération de l'empyème. Le 8 janvier, une consultation devait se tenir pour décider sur l'opportunité de cette opération, mais quand nous arrivâmes à la demeure du malade il venait d'expirer subitement.

L'autopsie fut faite le surlendemain en présence de MM. les docteurs Stoss et Schaller. En raison de l'étendue de la matité, nous devions nous attendre à un épanchement considérable, il n'en fut rien cependant. La cavité droite contenait tout au plus deux verres de sérosité rougeâtre et était reléguée à la partie inférieure de la poitrine ; le poumon était refoulé à la partie supérieure, comprimé, enveloppé par une fausse membrane très-épaisse, coriace, élastique, composée de plusieurs couches de fibrine. L'organe pulmonaire était réduit à un très-petit volume et comme contenu dans cette coque pseudo-membraneuse ; son sommet présentait quelques tubercules en suppuration, ainsi que son congénère du côté opposé, qui, du reste, ainsi que la plèvre correspondante, était à l'état normal. Le cœur était sain. Les autres viscères ne purent être examinés.

Cet homme avait évidemment succombé à une pleurésie hémorrhagique, comme le prouve la couche fibrineuse déposée sur le poumon et la sérosité sanguinolente qui se trouvait dans la plèvre. Mais les quelques onces de liquide étaient certainement insuffisantes pour produire une compression capable d'entraîner la mort, et l'opération de l'empyème aurait ici sans aucun doute échoué. Ce qui me paraît beaucoup plus admissible, c'est une mort par asphyxie lente, causée par l'emprisonnement du poumon dans la fausse-membrane qui le contenait et le comprimait. Je sais bien qu'on a trouvé des poumons beaucoup plus réduits de volume, et que les individus ont pu continuer à vivre. Mais autre chose est une compression lente, graduée, survenue chez un individu lentement affaibli, et dont le besoin respirateur est peu développé, et un anéantissement presque subit des fonctions respiratoires d'un poumon chez un homme de haute stature, chez lequel le besoin de l'hématose devait être très-fort. Car c'est une grande loi de physiologie pathologique que les désordres fonctionnels d'une maladie ne sont point tant en raison de l'étendue de la lésion, que de la promptitude avec laquelle ces lésions surviennent. Si M. Andral cite un charretier qui promenait sa charrette dans tout Paris, quoique portant un épanchement qui remplissait tout un côté de la poitrine, il cite aussi le fait d'un jeune homme robuste qui, *en moins d'un mois*, fut étouffé par le développement de tubercules miliaires dans le poumon.

Je reviens maintenant à l'influence de ces exsudations sur les phénomènes physiques de la pleurésie, et à la manière dont elles doivent modifier le diagnostic.

Il n'en est pas des exsudations de lymphe plastique comme des épanchements séreux. Ceux-ci obéissent à l'absorption et disparaissent après un temps plus ou moins long ; celles-là, au contraire, obéissent à une autre loi. Le produit nouveau se coagule, tend à se solidifier, et devient d'autant plus consistant que l'absorption a eu le temps de lui enlever les parties les plus fluides. Une fois arrivé à ce degré, la fausse membrane peut exister indéfiniment, et si après un temps toujours très-long, l'absorption parvient à la diminuer, à l'amincir, toujours est-il fort douteux qu'elle puisse jamais disparaître. Il en résulte que, si les épanchements liquides ne laissent que des traces passagères, les épanchements plastiques en laissent d'indélébiles.

Or, ce qui a lieu sur le cadavre se traduit exactement sur l'homme vivant : chez un grand nombre d'individus la poitrine devenue mate dès le début de la pleurésie, ne recouvre plus jamais sa sonoréité, quoi qu'après un certain temps la disparition des autres symptômes les laisse dans un état parfait de santé. Mais chez d'autres il reste un certain degré de dyspnée qui est très-lent à se dissiper, si jamais il se dissipe, et qui paraît tenir à un léger degré de compression qu'éprouve le poumon. Laënnec a noté ce fait d'obscurcissement permanent de la poitrine dans la pleurésie hémorrhagique, sans parler des erreurs de diagnostic dont il pourrait être l'occasion.

En effet, qu'un individu soit pris d'une pleurésie, le médecin aura constaté la matité du son, l'absence ou l'obscurcissement du bruit respiratoire. Au bout d'un certain temps, les symptômes se dissiperont en partie ; mais il restera un certain degré d'oppression, la matité n'aura rien perdu de son étendue, le médecin inquiet croira l'épanchement passé à l'état chronique, redoublera d'activité dans le traitement pour dissiper ce prétendu épanchement, et pourra tourmenter ainsi un malade qui est parfaitement guéri. Ici, celui qui n'est qu'à moitié versé dans l'appréciation des signes physiques fera plus de mal que celui qui les néglige complétement : ce dernier n'employant pas la percussion ne sera pas trompé par elle.

D'autres circonstances peuvent encore se présenter pour fausser le diagnostic. Un malade a eu une pleurésie ancienne qui a entraîné les résultats que je viens de mentionner. A la suite de cette pleurésie reste ou survient un catharre chronique avec oppression, ou bien des douleurs rhumatismales se déclarent dans le côté anciennement affecté, ce qui est très-ordinaire. Dans ce cas, le médecin qui explorera le malade y trouvant encore une matité étendue, pourra diagnostiquer une pleurésie latente.

Ainsi le principal inconvénient qui résulte de cette circonstance, c'est de diagnostiquer et traiter une maladie qui n'existe point ou qui n'existe plus ; erreur opposée à celle que nous avons signalée dans le précédent chapitre, comme devant exposer à abandonner comme guéri un malade gravement atteint. Ainsi donc, malgré la certitude des signes physiques de la pleurésie, les erreurs les plus opposées peuvent encore être commises, si dans l'appréciation de ces signes on ne porte point une analyse minutieuse, si on ne pèse point avec exactitude une foule de circonstances qui compliquent singulièrement le diagnostic.

Cependant avec de l'attention on peut établir le diagnostic réel. Nous trouvons déjà dans la matité qui accompagne les exsudations plastiques des caractères distinctifs. Cette matité ne change pas de place comme dans quelques épanchements ; son niveau n'est pas exactement circonscrit comme celui d'un liquide ; elle ne s'élève pas à la même hauteur en avant et en arrière, et souvent cette différence est si grande que toute la partie postérieure est mate, tandis qu'antérieurement le son est parfait. C'est principalement à la partie postérieure que s'étendent ces fausses membranes, et c'est là aussi le plus souvent que le son est obscurci ; un autre caractère de cette matité, c'est qu'elle peut siéger à la partie supérieure ou à la partie moyenne du thorax, tandis que la partie inférieure reste sonore, ce qui exclut l'idée de la présence d'un liquide. Un épanchement partiel circonscrit peut bien à la vérité présenter la même particularité, mais dans ce cas on aura souvent une voussure partielle du thorax (M. Louis).

Le bruit respiratoire, dans les régions qui correspondent à la matité, est rarement aboli en totalité, et s'il l'est ce n'est jamais pour longtemps. Le plus souvent il est simplement obscurci et se perçoit par une oreille un tant soit peu exercée, ce qui n'a point lieu dans l'épanchement liquide, qu'il soit ou non circonscrit ; car il y aura dans ce dernier cas, ou absence complète du bruit respiratoire ou souffle bronchique et égophonie (1).

Enfin, la mensuration n'offre ici aucune dilatation, souvent même un léger retrécissement lorsque le poumon a été d'abord comprimé par du liquide. A l'aide de ces signes et même seulement de quelques-uns d'entr'eux, on peut distinguer la présence des fausses membranes de toute autre altération du poumon et de la plèvre, et on ne s'exposera pas à médicamenter inutilement un malade très-peu affecté, ou atteint d'une autre maladie méconnue par un médecin préoccupé par l'idée d'un épanchement. Citons ici quelques faits qui prouveront la possibilité des circonstances dont nous venons de parler, et la manière dont on peut assurer le diagnostic.

Obs. IVe — *Pleurésie terminée par une fausse membrane simulant un épanchement ; engorgement du foie. Guérison.* — Pierre Eichelé, journalier, âgé de 33 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital le 8 janvier 1836. Le malade nous apprend que quatre semaines auparavant il avait été pris d'un point douloureux au côté droit, avec chaleur et fièvre ; toux sèche et oppression très-grande ; que le médecin appelé en ville le fit saigner deux fois ; qu'à la suite de ce traitement la douleur et la toux ont disparu, mais que l'oppression a continué ; qu'alors il prit une poudre blanche (calomel) qui détermina une salivation tellement orageuse, que toutes les dents devinrent branlantes sans que l'oppression diminuât.

Ces antécédents suffirent pour établir une pleurésie. Voilà ce que l'interrogatoire et l'exploration constatèrent : douleur de côté nulle ; toux rare ; oppression forte, habituelle, sans palpitations du cœur ; décubitus sur le dos. La percussion donne une matité qui s'étend depuis deux travers de doigt au-dessous de la clavicule droite jusqu'à la base du thorax ; latéralement elle ne monte que jusqu'aux deux tiers de sa hauteur du côté ; en arrière elle envahit à peine la moitié. Cette matité ne change point de place quand le malade se déplace. Dans toute la partie correspondante, le bruit respiratoire s'entend à peine ; il est obscur, sans expansion vésiculaire, mais nullement bronchique. Aucun retentissement anormal de la voix, aucune dilatation du côté affecté. Bruit respiratoire naturel dans les portions exemptes de matité ; légèrement puéril du côté sain. Le cœur à l'état normal. Le malade est en proie à une salivation considérable ; pouls normal, inappétence, nausées ; teint jaunâtre ; foie engorgé, volumineux, dépassant de dix-huit lignes le rebord des fausses côtes. Diagnostic : *Fausse membrane épaisse, étendue au devant du poumon qui est comprimé ; résultat d'une pleurésie guérie ; engorgement du foie produisant les phénomènes gastriques.*

D'après ce diagnostic, on ne fit aucune attention à l'état de la poitrine ; on chercha à guérir la salivation très-intense qui faisait beaucoup souffrir le malade. On prescrivit des gargarismes astringents et des purgatifs, tant contre le ptyalisme que contre l'engorgement hépathique.

La maladie du foie fut longue à se dissiper ; le malade resta longtemps à l'hôpital. Nous l'explorâmes fréquemment. La matité ne diminua pas d'une ligne ; les autres phénomènes du côté de la poitrine restèrent également les mêmes ; peu à peu enfin il recouvra l'appétit et les forces en même temps que le foie diminua, et il quitta l'hôpital dans les premiers jours de juin, toujours sujet à une oppression que le moindre mouvement exaspérait, et présentant du côté de la poitrine tous les signes physiques qu'il avait offerts en entrant, à l'exception pourtant du bruit respiratoire qui était un peu moins obscur ; ce qui tient probablement à une légère diminution de l'épaisseur de la couche plastique.

L'inégalité du niveau de la matité, sa fixité dans les différentes positions que prenait le patient, l'absence de toute saillie du côté malade ont amené au véritable diagnostic. Avec un peu d'inattention rien de plus facile que de diagnostiquer un épanchement pleurétique, diagnostic qui aurait eu pour résultat de faire soumettre le malade au traitement énergique qui avait déjà été commencé en ville, ou à une médication analogue. La maladie du foie aurait probablement échappé à l'attention, parce que les désordres fonctionnels auraient pu être rapportés à l'épanchement de la plèvre dont le refoulement aurait pu expliquer la saillie du foie.

Obs. Ve — *Pleuro-pneumonie terminée par une exsudation de fausses membranes. Guérison.* — Théophile Duval, cordonnier, âgé de 24 ans, constitution grêle, tempérament sanguin, entré à la Clinique interne le 21

(1) Si de plus on entend un bruit de frottement ascendant et descendant, l'existence des fausses membranes sera hors de doute.

décembre 1835. — La maladie a commencé il y a trois jours, par un frisson qui s'est deux fois répété, par un point de côté à droite, de la toux, et un crachement de sang; le malade a été saigné deux fois.

A son entrée : toux fréquente avec crachats faiblement striés de sang, oppression assez forte, respiration fréquente, douleur aiguë sous le mamelon droit, répondant jusque dans le dos, décubitus indifférent. Matité à droite à la partie inférieure en avant et dans toute la partie postérieure du même côté, latéralement matité peu étendue; à la partie antérieure et inférieure râle crépitant abondant; vers l'aisselle respiration bronchique; en arrière elle est vésiculaire, très-obscure; voix retentissant dans toute l'étendue de la matité. Pouls sub-fréquent; soif; inappétence; épigastre sensible à la pression; peau sèche; urine foncée. *Diagnostic* : pleuro-pneumonie : saignée de 12 onces, tisane pectorale; sang couenneux : nouvelle saignée le soir.

Le lendemain même état; mêmes signes du côté de la poitrine (20 ventouses scarifiées sur le côté droit, potion gommeuse, lavement). Le 3e jour (de l'entrée), oppression beaucoup moindre, point de crachement de sang, disparition du point de côté, du souffle bronchique, et de la matité qui existaient à la partie antérieure, persistance de la matité postérieurement et à la partie latérale; pouls moins développé, moins fréquent. — Le soir tout à coup transport vers la tête, céphalée, agitation, face rouge, yeux étincelants, délire, mouvements convulsifs (Saignée). Nuit très-agitée.

Le 4e jour le malade était redevenu calme, le pouls était naturel, la respiration paisible, la toux légère avec crachats muqueux, la crépitation avait presque entièrement disparu; en arrière, la matité persistait toujours aux mêmes régions et au même niveau, avec grande obscurité de la respiration. Il était dès lors évident que c'était une exsudation plastique et non liquide qui donnait la matité, et que celle-ci ne se dissipait point avec la résolution de l'inflammation. Cependant par précaution on appliqua un vésicatoire sur l'endroit malade.

Les jours suivants, les phénomènes du côté de la poitrine continuèrent à se dissiper complétement, à l'exception de la matité et d'une oppression notable. Mais pendant la convalescence le malade fut pris de symptômes qui annonçaient une gastro-entérite (douleurs abdominales, diarrhée, fièvre continue). Cette nouvelle maladie le retint pendant quinze jours. Au bout de ce temps l'oppression n'était pas encore dissipée, le malade toussait fréquemment, éprouvait parfois encore des douleurs dans le côté droit qui présentait toujours la même matité et la même obscurité du bruit respiratoire sans aucune dilatation du thorax; il sortit de l'hôpital dans cet état.

Ici nous avons vu le malade dès le troisième jour de la maladie, et déjà à cette époque s'était formée l'exsudation indélébile. Le huitième jour la pneumonie qui avait compliqué la maladie était jugée, et dès lors on aurait pu s'abstenir de pousser plus loin la médication antiphlogistique.

Nous terminerons en rapportant une observation où l'autopsie cadavérique vint confirmer le diagnostic.

Obs. VI. — *Pleurésie terminée par une exsudation pseudo membraneuse simulant un épanchement; oppression habituelle; rhumatisme et péricardite aiguë; mort.* — Une couturière âgée de 22 ans, d'une belle constitution, poitrine large, habituellement bien portante, ressentit le 3 mai 1834, sans cause connue, un malaise général, lassitude dans les membres; le soir même elle fut prise d'un violent frisson, et dans la nuit elle ressentit au-dessous du sein droit une douleur que les mouvements respiratoires exaspéraient; cette douleur persista jusqu'au 7, époque de l'entrée de la malade à la Clinique; jusqu'à ce moment elle n'eut qu'une toux sèche.

A son entrée : respiration courte, accélérée, toux rare, expectoration nulle, dyspnée supportable; son mat à droite en arrière et latéralement depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'aux dernières côtes; dans cette même étendue absence du bruit respiratoire et légère égophonie; dans les autres points du thorax, le son est clair et le bruit respiratoire net et très-fort. La douleur latérale persiste, le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche. Diagnostic : épanchement pleurétique à droite (saignée de 12 onces; tisane d'orge nitrée), sang couenneux.

La malade se sentit notablement soulagée après la saignée : le point de côté disparut, il ne resta qu'un peu de gêne dans la respiration; le soir sueur abondante pour la première fois; sommeil la nuit.

Le 8, la malade à la visite du matin assure sentir très-peu d'oppression, cependant les côtes s'élèvent et s'abaissent plus fréquemment qu'à l'état de santé, l'abaissement du diaphragme est aussi plus marqué; la percussion et l'auscultation fournissent les mêmes signes; toux rare, décubitus sur le côté droit, urines abondantes, sédimenteuses (vésicatoire sur le côté gauche).

Les jours suivants, disparition de la fièvre, retour de l'appétit, toux presque nulle, petite et sèche, mais oppression remarquable augmentée par le décubitus dorsal, et lorsque la malade exécute des mouvements un peu précipités.

Le 10 juin, la malade est toujours dans le même état. Les forces et l'appétit sont revenus, mais il reste toujours un certain degré d'oppression qu'exaspèrent la marche et la phonation; souvent de véritables accès de dyspnée se manifestent vers le soir. L'auscultation et la percussion donnent à peu près les mêmes résultats que le jour de son entrée; la matité s'étend principalement en arrière et latéralement; en avant, elle est presque nulle; elle ne se déplace point lorsque la malade change de position. La légère égophonie qui existait le jour de son entrée a disparu; le bruit respiratoire est un peu plus perceptible. La mensuration pratiquée avec soin n'indique aucune dilatation du côté malade. Nous concluons alors qu'une couche pseudo-membraneuse doit produire tous ces phénomènes. C'est dans cet état que la malade quitte l'hôpital, fatiguée des différents remèdes qu'on employa pour combattre les symptômes dont nous venons de parler.

La malade revint souvent à l'hôpital visiter ses connaissances; plusieurs fois même nous la rencontrâmes en ville; elle se plaignait toujours de son oppression qui s'exaspérait par le temps humide; souvent elle était obligée de s'arrêter en marchant, pour reprendre haleine. Nous l'explorâmes encore à plusieurs reprises, et constatâmes toujours les mêmes signes physiques.

Au mois de mars 1835, la malade revint à l'hôpital, atteinte cette fois d'un rhumatisme articulaire fébrile, qui, au bout de deux jours, se compliqua d'une péricardite suraiguë, et se termina par la mort le troisième

jour (1), au milieu d'une orthopnée des plus anxieuses.

Autopsie cadavérique 36 heures après la mort — Le poumon droit est libre d'adhérences dans sa partie antérieure et supérieure ; mais inférieurement, et surtout en arrière, il est retenu par des fausses membranes d'une épaisseur et d'une consistance considérables. Elles sont formées par plusieurs couches stratifiées, superposées, présentant l'aspect et l'élasticité des fibro-cartilages, criant sous le scalpel, et ayant au niveau de l'omoplate une épaisseur de neuf lignes ; leur surface est assez lisse et très-peu adhérente à la plèvre costale par quelques brides cellulo-fibreuses. En arrière le poumon a presque disparu sous les fausses membranes qui le compriment, le renferment comme dans une coque. Dans cette région, la substance de cet organe est dure, compacte, n'offre plus rien de son aspect celluleux, sans cependant gagner le fond de l'eau. Les parties environnantes sont engouées, œdémateuses ; le reste de l'organe, c'est-à-dire le lobe supérieur droit et le poumon gauche, ainsi que la plèvre de ce côté, sont à l'état normal. Le péricarde est très-saillant, distendu ; il s'en écoule à l'incision environ une demi-livre de sérosité. Sa surface séreuse est tapissée par les fausses membranes caractéristiques de la péricardite. Les autres organes n'offrent rien qui doive être rapporté ici.

Ainsi les signes constatés plus haut, les symptômes observés sur notre malade, s'expliquent par l'autopsie cadavérique. C'est la fausse membrane qui a occasionné l'obscurité du son et du bruit respiratoire ; c'est elle qui, emprisonnant le poumon, a donné lieu à cette gêne permanente de la respiration qu'ont accusée tous nos malades, et à laquelle ils seront probablement sujets toute leur vie. Il est clair que tous les moyens médicaux et chirurgicaux auraient échoué ici, car la maladie était terminée dès le premier jour de l'entrée de la maladie à l'hôpital. M. Andral rapporte un fait analogue (2), et il ajoute : c'est *là une des circonstances qui peuvent quelquefois empêcher le succès de l'opération de l'empyème* ; nous ajouterions volontiers qu'elle contr'indique formellement cette opération. On sent combien il est important de préciser ici le diagnostic.

Recherches sur l'affection tuberculeuse des os ; par A. NÉLATON, D.-M.-P. (3).

Il est peu de sujets qui aient été autant étudiés que les lésions des os. Depuis la renaissance de la chirurgie, chaque époque s'est signalée par des découvertes importantes, et cependant il faut l'avouer, malgré les travaux des hommes les plus éminens, peu de sujets aussi sont moins connus que les altérations de tissu de ces organes. L'observation exacte, minutieuse, peut seule débrouiller la confusion déplorable qui existe dans leur nomenclature et leur description. M. Gerdy a décrit les lésions anatomiques de l'ostéite, et a assigné des caractères plus précis à la carie et à la nécrose. Une lacune des plus importantes restait à remplir ; il s'agissait de décrire les tubercules des os, presque toujours confondus avec les altérations précédentes. Ce n'est pas qu'on ignorât l'existence de cette production dans le parenchyme osseux ; plusieurs auteurs dans les temps plus anciens, les avaient indiqués ; de nos jours Delpech, et tout récemment M. Nichet, en avaient fait le sujet de leurs travaux : mais ils ne connaissaient guère que les tubercules vertébraux, et avaient à peine envisagé la question sous une de ses faces. Tout ce que Bayle et Laënnec avaient exécuté avec tant d'exactitude pour les poumons, l'histoire de l'évolution tuberculeuse était à faire pour les os. M. Nélaton a entrepris cette tâche, et c'est le résultat de ces recherches poursuivies avec persévérance et sagacité pendant plusieurs années qu'il est venu offrir au public médical.

Dans les os, comme dans les poumons, la matière tuberculeuse se présente sous deux formes différentes : tantôt rassemblée en foyers creusés dans l'épaisseur du tissu osseux (*tubercules enkystés*), tantôt infiltrée dans les cellules du tissu spongieux (*infiltration tuberculeuse*). Ces deux formes peuvent être distinguées par leurs caractères anatomiques à toutes les époques de la maladie.

1° *Tubercules enkystés.* — C'est l'affection tuberculeuse qu'ont indiquée les auteurs cités plus haut, mais ils ne l'ont distinguée qu'alors qu'elle était parvenue à son développement complet. Il est difficile en effet de reconnaître dans un tissu dur des lésions anatomiques un peu délicates qui peuvent être détruites par les manœuvres mêmes employés pour les découvrir. M. Nélaton est parvenu à s'assurer que les tubercules des os, comme ceux des poumons, reconnaissent pour point de départ la granulation grise demi transparente décrite par Laënnec, Louis, etc. Voici de quelle manière il faut procéder pour constater ce fait : « Il faut, après avoir dépouillé de son périoste l'os que l'on examine, rechercher si sa surface présente quelques points *plus vasculaires, des marbrures violacées*, ou s'il existe quelques *légères bosselures* qui ôtent à l'os sa régularité. Si l'un ou l'autre de ces signes se rencontre, il faut enlever avec la scie l'écorce la plus compacte de l'os, puis détruire progressivement le tissu celluleux à l'aide d'un fort scalpel, de manière à sculpter, pour ainsi dire, le tissu autour de la lésion organique. » On arrive alors souvent à reconnaître une masse plus ou moins considérable de petites granulations perlées, d'une demi-ligne de diamètre environ, dont quelques-unes offrent au centre un point jaune opaque, indice d'une transformation commençante. Elles sont, pour la plupart, renfermées dans une petite coque osseuse si ténue, qu'on ne s'en aperçoit qu'à la résistance qu'elle oppose lorsqu'on cherche à la percer avec la pointe d'une aiguille. Ces granulations sont parfaitement identiques avec les granulations grises pulmonaires ; elles se rencontrent ordinairement sur des os qui, dans d'autres points, présentent de véritables tubercules, et chez des sujets dont les poumons en contiennent également ; elles ne se rencontrent pas dans des circonstances opposées : le tubercule cru procède donc encore ici de la granulation grise.

Les petites cloisons osseuses dont nous avons parlé disparaissent peu à peu, et un kyste analogue à ceux qui entourent les corps étrangers à nos tissus se développe autour de la masse tuberculeuse. Celle-ci, qui peut avoir depuis deux ou trois lignes de diamètre jusqu'à quinze et vingt lignes, située ordinairement

---

(1) Je publierai plus tard avec détails l'histoire de cette péricardite.

(2) Clinique médical, t. II, p. 528, 2e édit.

(3) Extrait d'une dissertation inaugurale. Paris, 1836, N° 376 (Par A. G.).

dans le tissu celluleux, se présente, une fois développée, sous forme d'une matière d'un blanc opaque tirant sur le jaune, quelquefois un peu marbrée de blanc et de gris, d'une consistance ou d'un aspect analogue au mastic de vitrier, non élastique, ne renfermant aucune parcelle osseuse, susceptible de se délayer dans l'eau, et formant des grumeaux qui bientôt se précipitent au fond du vase. Le kyste qui environne cette matière et tapisse toutes les anfractuosités de la cavité osseuse, est peu épais et d'autant plus résistant qu'il est plus ancien. Sa structure est fibreuse, assez analogue à celle des capsules articulaires. Sa surface interne est blanche et se sépare difficilement de la matière tuberculeuse. L'externe est couverte par un réseau vasculaire d'autant plus prononcé que le tubercule est plus ramolli, et qui sert à établir une adhérence entre le kyste et les parois de la cavité. Quant à celles-ci, tantôt elles sont tout à fait osseuses, ce qui est le plus ordinaire, surtout au début; elles sont plus ou moins régulières, quelquefois lisses, ailleurs offrent l'aspect des papilles de la langue du chat. Tantôt elles sont formées de tissus hétérogènes, tels que les tissus osseux, fibreux et cartilagineux, surtout quand, par suite de son développement, le tubercule est arrivé à la surface de l'os. Ainsi, par exemple, la cavité du tubercule dans le point qui correspond à la perforation de l'écorce de l'os, est formée par le périoste hypertrophié adhérent intimement au kyste. Autour du kyste est une injection du tissu osseux qu'on ne peut bien apprécier que dans le cas de tubercules des épiphyses des os longs chez les adultes. Chez les enfants, en effet, tout le tissu celluleux, et chez l'adulte, celui des vertèbres, sont d'une couleur rouge foncée.

L'examen de l'excavation elle-même montre qu'elle n'est pas le résultat d'un refoulement du tissu ambiant, mais d'une véritable perte de substance, comme celle que pourrait produire un emporte-pièce. Les tissus fibreux et cartilagineux que le tubercule rencontre dans son développement sont soumis à une semblable destruction. Une des planches annexées au travail de M. Nélaton montre bien cette disposition.

Nous avons déjà vu que le début de l'affection tuberculeuse s'annonçait par une vascularisation plus grande du périoste et de la surface de l'os, et par la déposition de couches osseuses de nouvelle formation qui s'accumulent successivement, mais seulement là où l'os est recouvert de périoste, et s'arrêtent là où il existe un cartilage diarthrodial. De là vient que les tubercules développés près des extrémités s'ouvrent plus facilement dans la surface articulaire qu'à la surface de l'os; car après avoir traversé tout le tissu osseux primitif, ils ont encore à traverser les couches de nouvelle formation.

Tant qu'il reste à l'état cru, le tubercule enkysté continue à croître, mais bientôt la matière tuberculeuse se ramollit, et la collection se comporte alors comme un véritable abcès, fusant dans les interstices cellulaires pour parvenir à la peau et s'y ouvrir une issue en l'enflammant. Le liquide qui s'écoule est caséeux, ressemblant à celui que fournissent les autres abcès tuberculeux. La cavité évacuée, il reste une fistule qui fournit chaque jour du pus séreux, et qui tend d'autant moins à se cicatriser que son fond est constitué par des parois osseuses qui ne tendent nullement à revenir sur elles-mêmes. Si, cependant, la matière tuberculeuse peut se porter facilement au dehors, si le foyer primitif est rapproché de la peau, le kyste, devenu de plus en plus vasculaire, s'hypertrophie, comble, à la manière des bourgeons charnus, la cavité qu'il tapissait; plus tard il perd peu à peu sa vascularité, et ressemble complétement au tissu fibreux inodulaire. Si, au contraire, la matière tuberculeuse, pour se porter au dehors, doit parcourir un long trajet, elle s'accumule progressivement. Un kyste cellulo-fibreux, semblable à une fiole dont le goulot serait adapté au pourtour de la perforation du tissu osseux, reçoit toute la matière sécrétée et prévient sa diffusion dans le tissu cellulaire. Ces poches présentent souvent des dilatations et des resserrements alternatifs, surtout alors qu'elles partent de la région dorsale. Quelquefois, si la sécrétion est lente, les resserrements deviennent de plus en plus prononcés, le canal qui les traversait s'oblitère, se change en un cordon fibreux; c'est là ce qui en a imposé à quelques observateurs qui ont cru que ces collections éloignées de l'os en avaient été toujours indépendantes. Du reste, ces dépôts sont susceptibles de se résorber. Ils se terminent aussi par la suppuration du kyste et des parties voisines; d'autres fois enfin, l'on voit de nouveaux tubercules naître, et s'accroître dans la paroi même du kyste tuberculeux.

En résumé, le caractère essentiel du tubercule enkysté, c'est de produire dans les os des excavations, des destructions de tissu, sans laisser de résidu, soit des os, soit des cartilages.

II. *Infiltration tuberculeuse.* — Vaguement indiquée dans quelques travaux, partout confondue avec la forme précédente avec laquelle elle peut se rencontrer sans jamais lui succéder, l'infiltration tuberculeuse se présente sous deux états différents. A. *L'infiltration demi-transparente,* qui consiste en taches circonscrites, d'une teinte grise, opaline, légèrement rosée, formée par le dépôt, dans les cellules du tissu osseux, d'une matière qu'on a souvent confondue à tort avec de l'encéphaloïde. Elle ne s'accompagne d'aucune modification dans la densité du tissu osseux, et si par la macération ou la combustion on enlève la matière qui obstrue les cellules d'un os ainsi infiltré, on n'observe aucune différence entre lui et un os sain.

B. *L'infiltration puriforme* succède à l'infiltration demi-transparente. La matière qui forme les taches décrites plus haut, devient d'un jaune-pâle complétement opaque. D'abord ferme, elle se ramollit et finit par se liquéfier. Tandis qu'à la loupe on pouvait apercevoir de petits vaisseaux dans le premier degré de l'affection, on n'en peut ici découvrir aucune trace. Dans le premier degré, la trame osseuse n'était pas modifiée; dans celui-ci elle a subi une hypertrophie interstitielle. L'os malade est éburné, mais il n'a pas augmenté de volume. M. Nélaton insiste beaucoup sur cette éburnation. Si dans quelques cas, aux os du carpe ou du tarse, par exemple, on trouve une infiltration tuberculeuse avec raréfaction du tissu osseux, c'est qu'alors cette raréfaction préexistait à l'infiltration du tissu tuberculeux, comme on peut s'en assurer par l'examen des os voisins qui offrent la première sans aucune trace de la seconde.

Toute portion d'os atteinte d'infiltration purulente doit se nécroser. Il est évident en effet que les vaisseaux étant oblitérés par le fait des altérations que nous avons décrites, la partie malade se trouve dans les conditions d'un véritable séquestre, qui tantôt est cerné par un cercle d'élimination et rapidement expulsé à la

manière de la nécrose ordinaire dont il peut déterminer tous les accidents ; tantôt au contraire se sépare fort tardivement, parce que l'infiltration tuberculeuse continuant dans les parties voisines, le cercle éliminatoire ne peut se former. Quelquefois cette forme d'affection tuberculeuse est suivie de la formation des kystes limités décrits dans la première variété, mais beaucoup moins souvent, en raison de l'étendue plus grande de tissu osseux affecté.

Telle est l'histoire anatomique des deux formes de l'affection tuberculeuse. M. Nélaton met en regard leurs différences principales, et l'ordre de succession des phénomènes qu'elles présentent dans le tableau suivant :

Tubercules enkystés.	*Infiltration tuberculeuse.*
1° Granulations grises demi-transparentes.	1° Infiltration grise demi-transparente.
2° Tubercule cru, opaque, enkysté.	2° Hypertrophie interstitielle du tissu osseux.
3° Excavation osseuse, perte de substance de ce tissu.	3° Infiltration puriforme.
4° Évacuation de la cavité tuberculeuse.	4° Nécrose de la partie infiltrée.
5° Hypertrophie du kyste, oblitération de la cavité : guérison (mais seulement dans les cas les plus heureux).	5° Séquestration. Corps étranger.

D'après cela, il est facile de voir qu'on ne peut confondre la première forme avec aucune autre altération des os. Quant à la deuxième, elle est encore confondue avec la carie ou la nécrose. Elle diffère de la carie, parce que dans celle-ci il y a raréfaction, ramollissement et augmentation de la vascularité du tissu osseux, tandis que dans l'infiltration il y a éburnation et absence de vascularité. La carie d'ailleurs procède toujours de la périphérie au centre de l'os, l'affection tuberculeuse, du centre à la périphérie. Dans la nécrose simple, il n'y a pas d'hypertrophie interstitielle du séquestre ; c'est encore ce dernier phénomène qui empêchera qu'on ne prenne le tubercule infiltré pour la suppuration de l'os, autrement appelée inflammation de la membrane médullaire.

Siège de l'affection tuberculeuse. — Nous avons déjà dit que chez les adultes, tout le tissu spongieux des os du tronc est rouge, tandis que celui des os longs et des os courts des membres est constitué par des mailles remplies d'une matière jaune adipeuse. Chez l'enfant, au contraire, aux os des membres comme à ceux du tronc, le tissu spongieux est rouge. Eh bien ! l'affection tuberculeuse attaque spécialement le tissu spongieux rouge ; de là vient que chez l'adulte on ne la rencontre guère que sur les os du tronc, tandis que chez les enfants elle est aussi commune aux extrémités des os des membres. Elle est très-rare dans le tissu compacte. Elle a été observée sur presque tous les os du corps. Voici un tableau qui indique l'ordre approximatif de la fréquence de la maladie dans chacun d'eux : 1° vertèbres ; 2° tibia, fémur, humérus (chez les enfants) ; au fémur, l'extrémité inférieure est plus souvent affectée que la supérieure. C'est le contraire pour le tibia. Au membre thoracique les extrémités le plus souvent malades sont les cubitales ; 3° phalanges, métatarsiens, métacarpiens ; 4° sternum et côtes, os iliaques ; 5° apophyse pétrée du temporal ; 6° os courts du tarse et du carpe.

Étiologie, celle des tubercules en général. M. Nélaton l'a rencontrée plusieurs fois sur des enfants de deux à trois ans. Commune à partir de cet âge, elle est de moins en moins fréquente de quinze à trente ans. Le sujet le plus âgé sur lequel il l'ait observée avait cinquante-cinq ans.

Après avoir ainsi donné l'histoire générale de l'évolution tuberculeuse dans les os, l'auteur étudie les tubercules dans les diverses régions du squelette, pour y trouver l'explication de divers faits jusqu'ici mal interprétés.

1° Tubercules de la colonne vertébrale (mal de Pott). On sait que les auteurs admettent deux sortes de caries de la colonne vertébrale, l'une superficielle, l'autre profonde. La première, presque incurable ; la seconde, beaucoup moins grave. Aucun d'eux n'avait expliqué ces différences ; M. Nélaton l'a parfaitement fait, en montrant que dans le premier cas il s'agissait de l'infiltration tuberculeuse, dans le deuxième des tubercules enkystés.

Lorsqu'un tubercule enkysté se développe dans le corps d'une ou de plusieurs vertèbres, il s'y creuse une cavité qui s'accroît de jour en jour. Il arrive enfin un moment où le corps de la vertèbre, réduit à une coque osseuse, ne peut plus soutenir le poids des parties qu'il doit supporter, et s'affaisse tantôt subitement, si quelques-unes des colonnes osseuses qui résistaient se fracturent brusquement, tantôt graduellement, quoique dans un temps assez court, si les parois de la cavité cèdent à la pression qu'elles supportent sans se fracturer. Cette formation brusque de la gibbosité n'appartient qu'à ce qu'on a décrit sous le nom de carie profonde, et doit être considérée comme une circonstance favorable ; en effet, les parois du kyste ainsi rapprochées, celui-ci peut s'oblitérer par le mécanisme que nous avons indiqué plus haut, et la guérison peut avoir lieu. Les efforts de l'art ne doivent donc nullement s'opposer à la formation de la gibbosité ; les jetées osseuses de nouvelle formation qui empêchent quelquefois sa production doivent même être considérées comme un obstacle à la guérison, car elles s'opposent au rapprochement des parois du kyste.

Dans le cas d'infiltration tuberculeuse, la gibbosité se produit au contraire toujours avec lenteur ; elle est alors la suite 1° de la destruction des cartilages intervertébraux ; 2° de l'usure des vertèbres. Les cartilages se détruisent par un mécanisme analogue à celui de la macération, et selon la remarque de Dupuytren, en communiquant l'odeur au pus qui en est le résultat. En effet, comme l'infiltration affecte ordinairement plusieurs vertèbres, les vaisseaux qui entretiennent la vie dans les cartilages correspondants, et qui viennent du tissu osseux voisin se trouvent oblitérés par le fait de l'altération pathologique. Après cette destruction d'un ou de plusieurs cartilages, la colonne vertébrale se courbe en avant, mais il n'y a pas encore gibbosité. Celle-ci se produit définitivement par l'usure qui résulte du frottement des vertèbres les unes contres les autres. L'on trouve alors dans le foyer ou le pus un résidu de poussière osseuse qui distingue suffisamment ce cas de celui dans lequel l'affection tient à un tubercule enkysté. Ici, à la vérité, de même que dans l'infiltration, plusieurs vertèbres peuvent être détruites, mais cela tient, soit à l'ouverture de nouveaux kystes dans le foyer primitif, soit à une absorption active et nullement à une usure mécanique, car il n'y a point de poussière os-

sense, et d'ailleurs des tissus vivants et exempts de lésion, tels que ceux qui entourent les kystes, ne sauraient s'altérer comme le tissu nécrosé de la vertèbre infiltrée.

L'incurabilité de l'infiltration tuberculeuse tient non-seulement à ce qu'elle attaque une plus grande longueur de la colonne, mais encore aux séquestres qui entretiennent une suppuration profonde et intarissable.

Tubercules des extrémités articulaires des os longs. M. Nélaton ne donne pas ici une histoire complète de l'espèce de tumeur blanche que constituent ces tubercules. Il les examine seulement sous le point de vue du rapport de voisinage qui existe entre eux et la cavité articulaire. De même qu'on voit une tubercule pulmonaire s'ouvrir brusquement dans la plèvre en la perforant et déterminer subitement une pleurésie aiguë, de même un tubercule enkysté de l'os qui, comme nous l'avons dit plus haut, a plus de tendance à se porter vers l'intérieur de l'articulation qu'à la surface extérieure de l'os, peut perforer subitement le cartilage, s'épancher dans l'articulation, y déterminer les symptômes de l'inflammation la plus violente, et par suite une désorganisation presque complète de toutes les parties articulaires. M. Nélaton en rapporte plusieurs exemples. Au contraire, l'infiltration tuberculeuse, généralement diffuse, correspond au cas où, une grande quantité de tubercules occupant le poumon, il se forme entre les deux feuillets de la plèvre des adhérences qui empêchent l'épanchement de la matière ramollie dans sa cavité. En effet, le cartilage qui revêt la portion osseuse infiltrée, avant de se détruire est affecté dans une étendue assez grande pour qu'une réaction inflammatoire soit déterminée dans la cavité séreuse. Celle-ci peut donc être complétement oblitérée avant la destruction complète de ce cartilage. Cette destruction une fois opérée, la partie infiltrée se nécrose, se sépare ; c'est alors que l'on trouve dans la cavité articulaire ces portions osseuses blanches, dures, éburnées, dont l'existence étonnait si fort Boyer, et dont l'effet est d'entretenir une longue suppuration et d'entraîner le marasme et la mort, s'ils ne sont pas extraits. Malheureusement, il n'est pas encore au pouvoir de l'art de les diagnostiquer. Quand les tubercules ne parviennent pas jusqu'à l'articulation, leur marche et leurs symptômes ne diffèrent pas de ce qui a été dit dans la première partie. Un fait seul reste à noter ; c'est l'arrêt de développement dans la partie qui est infiltrée ; de là vient que chez les enfants un condyle du fémur croît quelquefois seul tandis que l'autre conserve le volume qu'il avait au début de l'affection.

M. Nélaton termine par quelques indications relatives aux tubercules des autres régions du tissu osseux. — Ainsi, le *spina ventosa* des enfants, qui attaque les phalanges, les os métatarsiens et métacarpiens, n'est autre chose qu'un tubercule enkysté, et guérit ordinairement sans amputation. Certaines otites chroniques ne sont souvent que le résultat de la même affection. Enfin les nécroses centrales du calcanéum ne sont souvent, chez les enfants surtout, que le résultat d'une infiltration tuberculeuse.

Les recherches remarquables de M. Nélaton étaient connues depuis longtemps par des communications verbales. Aussi l'attention éveillée sur ce sujet a-t-elle pu vérifier nombre de fois l'exactitude de ses observations. Nous l'avons donc suivi pas à pas, nous bornant au simple rôle d'analyste, exigé par la multiplicité des détails nécessaires à l'intelligence d'un sujet à peu près neuf. Nous pouvons l'assurer, la connaissance de l'affection tuberculeuse des os jette un jour tout nouveau sur l'histoire de plusieurs maladies de ce tissu. Sans doute, comme le dit l'auteur, de plus longs détails appartiendraient à une description complète de ces maladies. Il est facile de voir néanmoins que les conséquences principales ont été seules indiquées. Espérons que M. Nélaton se chargera de combler les lacunes. S'il est nécessaire pour cela qu'il embrasse la généralité des lésions de tissu des os, personne, après la lecture du travail précédent, ne nous accusera de partialité, quand nous disons que la tâche n'est pas au-dessus de ses forces.

A. G.

Ligature de l'artère carotide dans un cas de tumeur érectile chez un enfant de seize mois, par le docteur E. Zeis, à Dresde.

L'enfant d'un meunier de Dresde vint au monde avec un *nævus* de la grandeur d'un centime, situé près de l'oreille gauche ; un chirurgien ordonna, lorsque l'enfant avait six mois, de simples astringens, mais malgré leur emploi la tumeur augmenta, comme on peut bien le penser, et atteignit en un an un volume considérable ; elle s'étendait depuis l'oreille jusqu'à l'angle de la bouche ; supérieurement elle tombait à l'arcade zygomatique, et inférieurement à l'angle de la mâchoire; le lobule de l'oreille était englobé dans la masse. La peau était saine, seulement bleuâtre par transparence et parcourue par un réseau de vaisseaux capillaires; la tumeur était indolente, très-compressible, et n'avait jamais saigné ; quelquefois elle semblait turgescente et très-chaude, d'autres fois elle était plus petite, plus flasque et plus froide. La santé de l'enfant était bonne et il avait même engraissé depuis quelque temps. Le volume de la tumeur, l'hémorrhagie à craindre, l'âge de l'enfant, tout devait éloigner l'idée d'une extirpation. Je résolus donc de lier l'artère carotide. Une incision de deux pouces et demi fut faite le long du sterno-mastoïdien, une veine se trouvait en travers de la plaie, elle fut liée et coupée, il ne sortait pas de sang artériel, mais du sang veineux sortait comme d'une éponge de toutes les surfaces qui avaient été mises à nu. Je sentais la carotide mais je ne voyais encore que la veine jugulaire, le tendon du muscle sterno-hyoïdien était à la partie inférieure de la plaie ; enfin avec les doigts et le manche du scalpel je parvins à séparer le carotide de la jugulaire et à passer au-dessous un stylet armé d'un double fil de soie; le vaisseau fut lié; l'enfant qui avait beaucoup crié pendant l'opération devint un peu froid ; la tumeur s'affaissa, devint plus pâle, plus petite et prit une teinte jaunâtre. La plaie fut réunie avec des bandelettes agglutinatives; on donna de l'eau sucrée chaude et on le réchauffa avec des bouteilles d'eau bouillante; au bout de quelques jours la fièvre tomba et toutes les fonctions revinrent à l'état normal, seulement le timbre de la voix était changé et le malade était pris quelquefois subitement du hoquet. Le quatrième jour il y eut plusieurs hémorrhagies qui furent arrêtées avec de l'eau mêlée de créosote, en huit jours les fils furent coupés, et en changeant

l'appareil je trouvai que déjà la ligature s'était détachée ; la cicatrisation marcha depuis rapidement, et au bout de cinq semaines elle était complétement achevée. Cependant la tumeur, qui avait d'abord rapidement diminué, s'accrut bientôt de nouveau et revint à sa grosseur primitive, les cris du petit malade la rendaient turgescente, et elle s'affaissait dès qu'il était tranquille ; on fit alors fabriquer un petit appareil destiné à la comprimer ; sous son influence, la tumeur diminua de nouveau et l'on pouvait espérer une guérison prochaine, lorsque l'enfant fut pris de convulsion du côté droit, de faiblesse de suenzo ; ces accidens que l'on peut attribuer avec probabilité à une tumeur semblable se logeant au dedans du crâne et comprimant le cerveau, amenèrent bientôt la mort. Malheureusement les parents s'opposèrent avec un entêtement invincible à l'ouverture cadavérique, qui eût dissipé tous les doutes.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE

HOMOEOPATHIQUE.

NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1836. — JANVIER 1837.

Observation d'une affection mercurielle accompagnée de douleurs rhumatismales ; par LÉONCE LENORMAND.

Madame A...., âgée de trente-six ans, blonde, d'un tempérament nerveux et lymphatique, se présenta à nous le 6 février 1833, pour obtenir de l'homœpathie une guérison que depuis plusieurs années elle avait vainement attendue des soins de l'ancienne médecine.

Interrogée sur les antécédents de son affection, elle nous apprit que vers l'âge de dix à onze ans, elle avait éprouvé les premières atteintes d'une éruption qui consistait en petits boutons rouges sur les mains occasionant une vive démangeaison. Ces boutons restèrent ainsi pendant cinq ou six jours et disparaissaient ensuite pour revenir un mois après. Cette éruption, qui ne fut jamais combattue que par quelques lotions émollientes, continua à se montrer ainsi d'une manière périodique pendant quatre ou cinq ans, jusqu'au moment où la malade fut réglée : elle avait alors quinze ans. A cette époque l'affection disparut sans laisser de traces évidentes pour la malade : seulement de temps en temps elle avait un peu de leucorrhée blanchâtre qui se montrait avant et après les règles. La malade croyait, sans pouvoir l'affirmer positivement, avoir eu la gale dans sa première enfance. Toutefois elle jouit pendant dix ans d'une assez bonne santé. Mariée à vingt-cinq ans, deux mois à peine s'étaient écoulés qu'elle ressentit dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche une douleur sourde avec quelques rares élancements : bientôt la douleur augmenta, et quelques jours après la malade s'aperçut que l'organe était sensiblement augmenté de volume. Cependant les douleurs devenaient plus fortes de jour en jour et la tumeur grossissait. Inquiète sur son état elle fit appeler un médecin qui, considérant la maladie comme un abcès simple, fit appliquer des sangsues et ordonna des bains émollients jusqu'à ce qu'il lui fût permis d'en faire l'ouverture. Bientôt la tumeur abcéda naturellement, et laissa écouler une abondante suppuration, et ne put se cicatriser qu'au bout de près de deux mois. Elle se croyait alors radicalement guérie, lorsque peu de temps après elle vit apparaître un écoulement verdâtre très-abondant. Des lotions émollientes furent employées, et bientôt quelques injections astringentes le firent cesser. Mais alors des ulcérations chancreuses se manifestèrent à la face avec ulcères dans la gorge et éruption de plaques cuivrées sur quelques parties du corps (cinq ou six mois s'étaient alors écoulés depuis la cicatrisation du bubon). En présence de pareils symptômes force fut bien au médecin de reconnaître une maladie syphilitique, sinon invétérée, du moins singulièrement aggravée par l'absence du traitement spécifique. Tombant alors d'un excès dans l'autre, il commença à déployer tout l'arsenal d'un traitement mercuriel *complet:* et la malade fit un usage quotidien de la liqueur de Van Swiéten et de pilules mercurielles pendant huit mois. A cette époque elle se trouva complétement guérie. Nous n'avons pas parlé d'une salivation abondante qui avait été combattue par les moyens ordinaires.

Cinq ou six années se passèrent ainsi pendant lesquelles madame A..., qui était cependant bien éloignée de jouir d'une bonne santé, ne se trouva pas néanmoins assez malade pour consulter. Mais alors elle s'aperçut un jour qu'elle portait plusieurs ulcérations superficielles occupant les bords des petites lèvres avec un écoulement jaunâtre peu abondant, mais continuel. Justement effrayée, elle s'adresse à un médecin qui, considérant ces symptômes comme annonçant une syphilis invétérée, la soumit à un nouveau traitement mercuriel plus complet, ou si l'on veut plus exagéré encore que le précédent ; à savoir : bains avec le cinabre, frictions avec l'onguent mercuriel, sirops sudorifiques, pillules, tisanes additionnées, enfin rien n'y manquait, et cependant au bout de plusieurs mois, aucune amélioration ne s'était manifestée ; bien plus, les digestions bonnes jusque-là se dérangèrent, une diarrhée abondante survint avec des douleurs de gorge et une émaciation effrayante, symptômes qui nécessitèrent la cessation du traitement mercuriel, de telle sorte qu'après deux mois la malade dut s'estimer heureuse de se croire à peu près *guérie des suites de son traitement.* Nous disons, de se croire guérie, car bientôt elle fut cruellement désabusée.

En effet quelques mois à peine s'étaient écoulés qu'elle commença à éprouver dans les membres, surtout pendant la nuit, des douleurs avec des engourdissements qui l'empêchaient de se livrer au sommeil. Enfin lorsqu'elle s'adressa à nous elle était dans l'état suivant :

Etat actuel.

Elancements rapides dans la tête avec douleurs de compression et souvent céphalalgies martelantes. Le cuir chevelu est extrêmement endolori et les cheveux tombent en abondance; yeux fréquemment larmoyants avec vue souvent troublée; de temps en temps sifflement dans les oreilles ; coryza sec assez fréquent ; langue sale, rouge et piquetée à sa pointe; gencives décollées, fongueuses ; dents cariées en grande partie, haleine fétide ; parfois aphthes dans la bouche, âpreté dans la gorge ; le voile du palais et le pharynx sont recouverts d'un *en-*

duit jaunâtre, qui laisse voir quand on l'enlève de fort petites ulcérations superficielles; aspect de la face jaune et terreux.

Les digestions sont assez bonnes, seulement elles occasionnent souvent des renvois acides accompagnés quelquefois d'une assez grande quantité d'eaux claires.

Constipation alternant avec diarrhée jaunâtre et d'odeur acide.

Urines rouges et sédimenteuses, surtout le soir, accompagnées fréquemment de cuissons avec brûlure dans le canal, écoulement jaunâtre abondant, provenant du méat urinaire, dont l'orifice est boursouflé et parsemé de petites ulcérations à bords renversés et indurés, et dont le fond est couvert d'une couche de matière grise et bleuâtre.

Douleurs lancinantes fort aiguës et rapides, passant brusquement dans toutes les parties du corps avec de fréquens engourdissements dans les doigts, faiblesse et courbature des membres le soir; besoin continuel de remuer les membres avec pandiculations.

Transpiration assez abondante; chaleur à la peau soir et matin, sommeil mauvais, peu réparateur, interrompu par les douleurs, et le matin grande fatigue en se réveillant.

Caractère doux, facile, un peu mou.

Nous avions dans cette maladie à combattre une diathèse psorique compliquée d'une affection mercurielle, et peut-être même aussi d'une syphilis invétérée.

Au premier abord, l'existence simultanée d'une affection mercurielle avec une maladie syphilitique paraît une sorte de contre-sens, car le mercure, étant le spécifique de la syphilis, semblerait devoir commencer par détruire toutes les traces de cette affection avant de manifester sa présence dans l'organisme par des symptômes à lui propres; et cependant il n'en est pas toujours ainsi : cette assertion, pour être peut-être un peu hasardée, n'est pourtant pas nécessairement erronée, et nous semble susceptible d'une explication que nous allons essayer de donner.

Il est évident pour tous que les médicaments n'affectent pas tous les malades de la même manière, et que tous les jours on rencontre dans la pratique des individus fortement remués par un seul globule d'un médicament élevé à la plus haute dilution, tandis que d'autres ne sont pas même touchés par des doses incomparablement plus fortes. Nous n'essaierons pas d'expliquer ce phénomène, nous nous contenterons de le rappeler ici pour plus tard en tirer quelques conclusions. Or est-il difficile de concevoir que des doses énormes d'un médicament étant administrées à un individu très-impressionnable, l'organisme se révolte, pour ainsi dire, contre une médication trop énergique, et change de cette façon le mode d'action de l'agent thérapeutique, qui passe ainsi à côté du mal, et fait naître des symptômes pathogénétiques concomitants avec l'affection préexistante. C'est par cette énergique réaction de l'organisme contre une médication trop forte que peut s'expliquer ce phénomène que personne n'ignore, à savoir, que le même médicament administré sur le même individu développe des symptômes bien différents, selon la dose à laquelle il a été donné (Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici des médicaments dynamisés). Aussi voyons-nous tous les jours le tartre stibié, administré à de très-fortes doses, produire à peine quelques symptômes gastriques, alors que sur le même individu une quantité beaucoup moindre suffirait pour produire des phénomènes toxiques. Par conséquent, il ne nous semble pas impossible de comprendre une affection mercurielle existant simultanément avec une maladie syphilitique; et dans le cas dont il s'agit, l'expérience nous démontra que nous ne nous étions pas trompé.

Nous débutâmes donc par faire prendre à la malade, le 7 et le 8 février, deux doses de *hépar sulfuris*, comme anti-mercuriel, que nous préférâmes à *nitri acid.*, en considérant d'abord que ce dernier *ne convient point aux personnes blondes* (*Manuel de Jahr*), et de plus l'*hépar* étant lui-même un puissant antipsorique et répondant de cette manière à la constitution psorique de la malade. Quelques jours après, une légère aggravation se montra pour faire place bientôt à une amélioration sensible dans les symptômes de la tête et de la bouche. Le 22 février, la malade prit une dose de *sulfur trit.*, que nous laissâmes agir pendant quinze jours et que nous fîmes suivre de deux nouvelles doses d'*hépar sulfuris.*, à huit jours d'intervalle.

Le 23 mars, une amélioration telle existait dans l'état de la maladie, que les douleurs de tête avaient disparu, les gencives étaient devenues saines, la langue en bon état, les douleurs de gorge n'existaient plus, et toute l'arrière-bouche et le pharynx, débarrassés des mucosités qui les couvraient, nous parurent en bon état quoiqu'un peu rouges encore, et présentant quelques irrégularités que l'on pouvait attribuer à la cicatrisation des ulcérations superficielles dont cette membrane muqueuse avait été le siége. Le pyrosis n'existait plus, et les selles étaient devenues assez régulières, quoiqu'il y eût encore un peu de constipation; seulement les ulcérations du vagin étaient toujours dans le même état, ainsi que l'écoulement; et les douleurs des membres, pour avoir changé un peu de nature, n'étaient pas cependant sensiblement améliorées : les engourdissements nocturnes dans les doigts n'avaient pas éprouvé le plus léger changement.

Réfléchissant alors à ce que nous avons dit plus haut à savoir, qu'il était possible que l'affection syphilitique n'eût pas été détruite, nous prescrivîmes le 23 mars *mer. solub.*, *tinct.* IVe, gutt. 4, dans six onces d'eau, à prendre par cuillerées tous les matins à jeun. Le sixième jour les ulcères nous parurent plus rouges, plus douloureux, mais en même temps se déterger sensiblement; la matière de l'écoulement était devenue plus épaisse. Nous fîmes suspendre le médicament en attendant une amélioration qui en effet ne se fit pas attendre et qui, marchant presque de jour en jour, amena la guérison complète des ulcères et de l'écoulement au bout de dix-huit jours après la dernière cuillerée.

Il ne restait plus que les engourdissements dans les doigts, qui cédèrent en peu de temps sous l'influence de quatre doses de *crocus sativus*.

Le traitement de cette grave affection, qui datait de plusieurs années, dura moins de quatre mois, et depuis ce temps madame A... a constamment joui d'une bonne santé.

Permis maintenant aux amateurs de l'isopathie de rattacher à leur doctrine la guérison par le mercure de ces ulcères qu'ils considéreront comme mercuriels, nous n'en resterons pas moins convaincu qu'une syphilis concomitante avec l'affection mercurielle avait seule le pouvoir d'empêcher la guérison des ulcères qui se fussent entièrement cicatrisés sous l'influence du traitement antidotique s'ils eussent été dus à l'abus du mercure.

Observations pratiques sur la fièvre scarlatine; par le docteur KÆSEMANN, de Lich (grand-duché de Hesse).

Dans l'hiver de 1835 à 1836, époque à laquelle régnait beaucoup d'humidité dans l'air, m'arrivèrent du village de Hattenrod, à une lieue et demie d'ici, plusieurs malades atteints de la fièvre scarlatine. Je crois devoir publier le résultat du traitement, d'abord parce que la fièvre scarlatine est une maladie assez importante, et ensuite parce que j'y ai été invité.

Dès l'instant où je me suis décidé à livrer à la publicité l'histoire de ces maladies, j'ai résolu de ne parler seulement que des cas les plus graves, mais de les ranger toutes par ordre, afin que celui qui me lira pût juger en parfaite connaissance de cause de la nature de cette épidémie. J'éviterai d'ailleurs, en agissant ainsi, le reproche de vouloir tirer vanité de quelques guérisons. Il y a dans la pathologie, l'étiologie et le pronostic de la scarlatine, plus de points peut-être sujets à discussion que dans sa thérapeutique; rien ne serait donc plus utile que de publier fidèlement toutes les cures faites par les différents médecins, on aurait ainsi l'occasion de comparer les diverses opinions.

Ce que je viens de dire me justifiera, je pense, de parler de deux cas mortels; à la rigueur, je pourrais regarder ces deux cas comme n'ayant pas été traités par moi; je ne sais même pas positivement si c'était réellement la fièvre scarlatine. — Mais sans m'arrêter à cela, je ferai seulement remarquer en passant que je ne parlerai pas des seules fièvres scarlatines aiguës (les chroniques sont ici de peu d'importance), mais aussi de toutes les maladies que j'ai eues à traiter en même temps, afin qu'on puisse mieux juger du génie de la maladie en général.

Je suivrai l'ordre chronologique, et commencerai en conséquence.

1° Par la fille de l'instituteur Backes, enfant de quatre ans, qui était malade depuis quelques jours, et avait été traitée jusque-là par le conseiller D. Weber. Tout ce que les parents purent me dire, c'est qu'elle était malade depuis quelques jours, qu'elle avait éprouvé du malaise d'abord, qu'ensuite sa peau s'était couverte de rougeur et de quelques boutons de pourpre. Le lendemain avaient paru les maux de tête et les crampes, puis le délire, et ces symptômes avaient continué jusqu'alors.

Obligé de me rendre à Hattenrod le 30 décembre 1835, par une invitation pressante, je saisis cette occasion pour aller voir cette enfant qui était à l'article de la mort, et lui donner quelque remède qui la guérit s'il était possible, ou qui l'aidât du moins à mourir. En entrant dans la chambre, je fus frappé du tableau de désolation qui s'offrit à mes regards. — L'enfant était couchée sur le dos, respirant avec la plus grande peine, les yeux éteints, vitreux, le regard fixe dirigé en haut, mais ne voyant pas certainement, puisqu'elle ne faisait pas le moindre mouvement pour fermer les paupières lorsqu'on approchait quelque corps étranger de ses yeux. Elle n'entendait pas quand on l'appelait, ne parlait pas et ne paraissait pas en avoir envie, etc. Ses avant-bras et ses doigts étaient tout recourbés, sa peau couverte de taches rouges comme à la suite d'un exanthème aigu rentré; mais ses parents n'en avaient jamais aperçu. Tout son corps était couvert d'une sueur pâteuse et d'une chaleur brûlante (chaleur mordicante à un faible degré). Elle lâchait tout sous elle; ses excréments avaient une odeur détestable. — Je ne pus m'assurer si elle avait mal au cou; du reste, on n'y sentait aucune enflure, etc.

Je pris la maladie pour une paralysie du cerveau au plus haut degré, et j'aurais volontiers administré *hyosc.*; mais malheureusement je n'en avais pas sur moi. — De tous les remèdes de ma pharmacie portative, le plus convenable étant *caust.*; j'en fis dissoudre une goutte 30 dans deux cuillerées d'eau, et lui fis prendre sur-le-champ une demi-cuillerée de cette solution, en recommandant de lui en administrer une demi-cuillerée à thé toutes les heures. — L'enfant garda quelque temps le médicament dans sa bouche, puis l'avala avec effort et avec bruit; elle ouvrit ensuite la bouche toute grande et la laissa ainsi ouverte. Du reste, on n'apercevait pas le moindre changement dans l'expression de ses traits.

Dans ces circonstances, je ne pouvais naturellement conserver aucun espoir, et je crus devoir prévenir les parents de la mort prochaine de leur fille. Elle mourut effectivement une heure après, sans agonie, ce qui est facile à concevoir, puisque la force réactive de la vie était déjà domptée par la mort.

Nota. Les stimulants extérieurs auraient-ils produit quelque effet salutaire dans ce cas? — Je crois pouvoir répondre avec assurance : non; car la mort paraissait lutter contre le dernier effort de l'existence. Je ne veux pas nier cependant que, si quelque chose de pareil avait été employé dès le principe, le cerveau n'eût pu être débarrassé.

Pendant que j'étais à réfléchir jusqu'à quel point l'exanthème dont j'avais cru découvrir les traces était lié à cette maladie, et quelle espèce d'exanthème ce pouvait être proprement pour emporter si promptement sa victime, l'occasion s'offrit à moi de l'apprendre jusqu'à un certain point. — Je fus appelé en effet bientôt après auprès de

2° Un fils de Jean Mengel, âgé de six ans, fort et bien portant jadis, mais alité depuis la veille au matin où il avait commencé à se plaindre de maux de tête accompagnés de vertiges et de vomissements, surtout quand il levait la tête. Les matières vomies étaient de simples glaires. Cependant il divaguait; il reprochait, entre autres, à son père d'avoir frappé un violent coup de marteau, quoique son père n'en eût rien fait, et que rien de pareil n'eût eu lieu dans tout le voisinage. Dans l'après-midi du 30 décembre, où je le vis, il se plaignait de battements douloureux continuels dans la tête, et de maux de cou, augmentés encore par la pression sur le larynx et par la déglutition. Il ne pouvait plus quitter le lit. Il sommeillait le plus souvent, mais sans dormir réellement, avait une soif ardente et peu d'appétit. Peau rouge, turgescente, comme couverte d'un commencement d'exanthème; corps brûlant, quoique couvert d'une sueur générale. Urine foncée comme du sang. Il avait eu ce jour-là sa première selle depuis deux jours, selle peu copieuse et toute dure. La respiration et toute la poitrine paraissaient libres, et l'on ne remarquait aucun autre symptôme maladif, car le pouls, quoique accéléré, ne trahissait rien de particulier.

Je lui fis prendre *aconit.* 30, gutt. 1, dissous dans trois cuillerées d'eau, une cuillerée à thé toutes les deux heures.

Le 31, il avait été assoupi toute la nuit. Le matin même, il saigna plusieurs fois, à peu d'intervalle, par la narine gauche, et perdit ainsi, au dire du père, une demi-chopine d'un sang plutôt jaunâtre que rouge. Les maux de tête avaient déjà cessé auparavant, mais le vertige l'empêchait toujours de rester assis. Son teint pâle, après le saignement du nez, était bientôt redevenu d'un rouge foncé; son père lui trouvait la face plus enflée que la veille. Il mangea le matin un peu de biscuit dans du lait. — Les autres symptômes étaient restés les mêmes.

Je prescrivis *aconit* 30, gutt. 2, dissous dans deux cuillerées, une cuillerée toutes les six heures.

Dès le premier jour du traitement, j'avais fait enlever l'oreiller de plumes de dessous la tête du malade, et ne lui avais laissé qu'une couverture légère.

1er janvier 1836. La veille, à cinq heures et demie, il avait été agité, avait divagué, avait voulu sortir de son lit. Dès qu'on lui parlait, le délire disparaissait; il se recouchait, et fermait les yeux pendant deux ou trois minutes; mais bientôt il recommençait à déraisonner, voulait se lever, racontait des scènes qui s'étaient passées à l'école et battait l'air de ses mains. Vers huit heures, le délire avait diminué, mais sans cesser cependant toute la nuit. Il avait aussi bu beaucoup plus d'eau qu'auparavant, au moins un demi-pot, tandis que les nuits précédentes il n'en avait bu qu'une chopine. Je dois dire aussi que la veille au soir il avait mangé la moitié d'une poire, qui lui avait causé des douleurs dans le bas-ventre, quoiqu'elle ne fût pas froide, m'assura-t on.

Les parents étaient tourmentés d'inquiétude; car la mort leur avait enlevé, depuis peu, leur autre fils.

Le matin, vers huit heures, il perdit, par la narine droite, un peu de sang, de couleur plutôt rouge. — Déjà, avant de saigner ainsi, il était mieux que la veille au matin. Je m'informai près du père s'il avait eu souvent de pareils saignements du nez, et j'appris qu'il y avait toujours été très-sujet.

Ce matin-là, ses mains et ses avant-bras étaient couverts d'un pourpre à pointe blanche sur un fond rouge, mais il avait la face pâle, quoique aussi turgescente que la veille. Les maux de cou avaient diminué. Urine blanche. Constipation. Il mangea, comme la veille, un peu de lait et de biscuit. Il avait pris la dernière dose d'aconit, à six heures du matin.

Je donnai *aconit.* 2/30, qu'on devait lui faire prendre à deux heures de l'après-midi.

Le 2, j'allai le voir. La veille au soir, l'exacerbation avait été moins forte et la chaleur avait duré moins longtemps; sommeil meilleur la nuit; soif moindre, il n'avait bu que deux fois, elle n'avait pas augmenté dans la journée. Plus de vertige, la tête libre, il pouvait la lever à volonté. Il n'éprouvait plus de douleurs au cou, le larynx supportait la pression du doigt, l'œil paraissait clair et sain. Pourpre plus épais sur les avant-bras et enflure plus considérable, le reste de la peau, même celle du visage, d'un rouge foncé et un peu rude au toucher, urine de nouveau brunâtre, formant un dépôt blanchâtre en se refroidissant. Appétit assez bon; bas-ventre assez libre pour que je lui permisse de manger le lendemain deux petits morceaux de bœuf maigre, si le mieux se continuait.

Je ne crus pas nécessaire, du reste, de lui donner de remède; je conseillai seulement à ses parents de lui faire garder le lit quelques jours encore, mais sans trop le couvrir.

Le 5, me trouvant à Hattenrod pour visiter d'autres malades, j'allai le voir. Il était levé et ne se plaignait plus d'aucune douleur. Le pourpre des bras était sec, la desquamation se faisait par petites écailles; dans beaucoup d'endroits où il n'y avait pas eu d'exanthème, nommément sur les épaules, la peau paraissait semée de petites écailles blanches.

P. S. Malgré mes avertissements, ses parents le laissèrent sortir trop tôt et l'envoyèrent même à l'école. La peau fut ainsi troublée dans sa régénération et par suite se déclara une hydropisie qui doit avoir atteint un assez haut degré de gravité, mais sur laquelle je n'ai pas reçu de renseignemens. Je ne l'ai plus revu en effet, ses parents s'étant adressés à un autre médecin, au conseiller Weber, également homœopathe et qui réussit à le guérir.

3° Je fus appelé le 9 janvier auprès du fils de l'instituteur Backes, enfant d'un an, fort et bien portant; depuis quelques jours ses parents remarquaient quelque chose de singulier en lui. L'avant-veille, pendant la nuit, pleurs et tressaillements fréquents en dormant; la veille dans la journée, il avait pleuré souvent et n'avait cessé de serrer les mâchoires comme pour se mordre les gencives dont plusieurs étaient sur le point de livrer passage à des dents. Il en avait déjà fait quelques-unes.

Je ne lui fis prendre d'abord aucun remède, parce qu'il m'était impossible de rien saisir de positif dans cette maladie; mais je promis de le voir le lendemain, afin de m'assurer si c'était une dentition pénible ou la fièvre scarlatine qui le réduisait à cet état.

Il continuait à se mordre les gencives aussi souvent que la veille; mais j'observai en outre qu'en avalant il cherchait à vaincre quelque obstacle dans le cou, quoiqu'à l'extérieur on ne découvrît ni enflure ni rien de pareil. Il pleurait et criait toujours beaucoup; sa voix était un peu enrouée. Soif; peau sèche, brûlante; pas de selles depuis deux jours; assez de flactuosités; urine foncée; pourpre provenant de la scarlatine sur le dos. Les douleurs angineuses et l'efflorescence ne me laissaient plus de doute sur la nature de sa maladie; aussi prescrivis-je aussitôt *aconit.* 30 gut. 1, dissous dans deux cuillerées d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

11 janvier. Aussitôt après la première dose, il éprouva de fortes coliques dans le bas-ventre; l'émission de vents augmenta, il eut une légère selle dure; ses selles étaient normales alors. L'éruption cutanée et la rougeur sur le dos avaient tellement disparu qu'on n'en apercevait plus de traces, pour ainsi dire. — La déglutition, tellement douloreuse auparavant qu'il ne pouvait avaler du pain, par exemple, était devenue tout à fait libre; la voix plus forte, quoique n'étant pas encore entièrement pure. En général, il était beaucoup plus gai et n'avait plus une soif aussi grande.

Je ne lui donnai rien ce jour-là,

Le 13, son cou paraissait libre. Depuis le matin, il avait de nouveau de gros boutons rouges sur différentes parties du corps. Humeur chagrine, capricieuse; il ne voulait pas qu'on le touchât, mais préférait rester couché. Pas de selle depuis quarante heures environ. Je lui fis prendre *bryon.* 3/30.

Le 14, les boutons, rouges encore la veille au soir, étaient pâles et avaient disparu en partie. Peau toujours

sèche et brûlante. Les extrémités inférieures jusqu'aux genoux, et les supérieures jusqu'à l'articulation des mains, enflées; enflure tendue, non élastique. Douleurs dans le cou en avalant. Il restait ordinairement couché, plongé dans une espèce d'assoupissement et grinçant les dents. Soif ardente, pas d'appétit, selles paresseuses, évacuation fréquente d'urine. Du reste, son état n'avait pas changé depuis la veille. Je prescrivis *bryon.* 30, gut. 1, dans une demi cuillerée d'eau, la moitié de suite, l'autre le lendemain soir. J'ordonnai en outre un clystère d'eau tiède ou de lait et d'eau.

Le 15, on vint me dire que le père, à son retour, avait trouvé son enfant si mal qu'il avait craint à chaque instant de le voir mourir. On lui avait fait prendre le clystère, à la suite duquel il avait eu une forte selle en bouillie. Enflure des mains diminuée, celle des pieds toujours au même point. — Evacuation très-copieuse d'urine. — Aucun changement essentiel ni dans la soif, ni dans les autres symptômes. Je donnai *calcar. sulph.* 30, gut. 1.

Le 16, l'enflure des pieds et des mains s'était dissipée. Les boutons rouges avaient disparu, et à la place de chacun d'eux avaient paru cinq ou six taches brunâtres, unies, de la grosseur d'un pois, qui, dans les places où ces boutons avaient été épais, comme sur le dos, paraissaient avoir été semées sur la peau. Teint pâle, et, sur la joue gauche, quelques efflorescences écailleuses. Le malade criait toujours beaucoup; on eût dit, à entendre le son de sa voix, que l'intérieur de son cou était voilé par une membrane fausse. Son nez, sec auparavant, était alors humide et sécrétait une humeur jaune, épaisse. Ses gencives avaient saigné peut-être par suite des morsures. Du palais, à côté des dents, se détachaient de gros et épais morceaux de peau. Coliques fréquentes, pendant lesquelles il se repliait sur lui-même, et pleurait jusqu'à ce qu'il eût lâché un vent. A peine osait-on lui toucher le bas-ventre. — Il avait assez bien dormi la nuit précédente, et, toute la matinée, il avait été gai et avait joué. Soif toujours vive. — On lui avait fait prendre, la veille au soir, un second lavement à la suite duquel il avait évacué de petites masses de la grosseur d'une noisette et plus, tellement dures qu'elles résonnaient en tombant dans le vase de nuit. Urine toujours abondante.

Comme le mieux était évident, je ne prescrivis aucun remède. Je demandai seulement qu'on me fît prévenir de suite en cas qu'il se déclarât quelque crise; sinon, on devait venir me dire comment le malade se trouvait, dans quelques jours.

Le 18, l'efflorescence était sèche. L'enfant continuait à crier d'une voix enrouée et plaintive; il ne voulait pas souffrir qu'on le levât. Douleurs dans le bas-ventre en urinant. Peu de sommeil. Nez bouché. Selles paresseuses, amenées seulement par des clystères. Il jouait quelquefois, mais jamais long-temps. Il paraissait avoir une soif un peu moindre. Je prescrivis *calcar. sulphur.* 30, *gutt.* 1.

Le 23. Dans la nuit du 18 au 19 (Il avait pris, le soir, *calcar sulphur*), s'était déclarée une transpiration générale à la suite de laquelle il avait été, le lendemain matin, d'une humeur plus gaie. On remarquait cependant encore, à sa voix, que son cou n'était pas tout à fait libre; mais, deux jours après, il ne présentait plus rien d'anormal, ainsi que sa bouche d'où il s'était détaché jusqu'alors des morceaux de peau. Ses excréments étaient alors si durs, qu'au dire de se mère on pouvait à peine les écraser avec le pied, et qu'ils ne pouvaient être amenés que par des clystères; souvent encore, ils arrivaient si difficilement que le père devait les tirer avec le doigt, et cela avec tant de force que souvent il sortait du sang de l'anus.

Une dose *nux vomica* 30, gutt. 1, guérit en deux jours ce reste de maladie.

P. S. La constipation ayant reparu plus tard, les parents donnèrent à l'enfant un laxatif qui le guérit complétement.

Jamais ils ne remarquèrent de desquamation.

L'enfant fit deux dents pendant sa maladie.

IV. La fille de Konrard Konrad, officier comptable de la commune, âgée de six ans et demi, toujours bien portante jusqu'alors, avait, au côté gauche du cou, depuis une dizaine de jours, une enflure très-petite d'abord, et ne lui causant aucune douleur, mais qui avait atteint, le 16 janvier, la grosseur d'un œuf de poule, et qui la faisait souffrir depuis deux jours. En se tenant tranquille, elle ne sentait pas de grandes douleurs, mais elle en éprouvait quand elle se remuait, qu'elle avalait ou qu'elle se touchait le cou. La peau qui recouvrait l'enflure ne présentait rien de particulier. La pression du doigt sur le larynx, qui était pareillement un peu enflé, lui faisait aussi mal. Depuis la veille, elle avait la peau toute rouge, et les extrémités inférieures couvertes d'un commencement de pourpre rouge. Face un peu enflée et plus rouge que le reste du corps. Battements douloureux continuels dans le devant de la tête. Elle était couchée, les yeux fermés, sans dormir néanmoins, s'éveillant souvent et entendant dès qu'on l'appelait. Elle se plaignait surtout d'une faiblesse générale. Soif ardente, peu ou point d'appétit, langue très-chargée, d'un blanc jaune.

Après avoir prescrit une diète sévère (je ne lui permis de prendre que des liquides en petite quantité), et avoir fait enlever l'oreiller de plume et les couvertures trop chaudes, je lui donnai *aconit* 30, *gut.* 1, dans deux cuillerées d'eau, dont elle devait prendre deux cuillerées à thé de suite et une cuillerée toutes les heures suivantes.

Le 18, je reçus cette lettre du père: « Avant-hier » soir, ma fille, aussitôt après avoir pris le remède, a » éprouvé des élancements dans le côté, puis elle a » été prise d'une toux sèche, et s'est plainte de tran- » chées qui la tourmentent encore de temps en temps. » Toute sa peau est encore rouge; cependant il me » semble que la maladie a perdu de son intensité. Elle » est levée. » Cette dernière circonstance fut loin de me plaire. — J'envoyai *aconit.* 30, *gut.* 1, à prendre le soir même. Le 21, le père me fit dire que sa fille avait eu dans la nuit des accès d'une toux sèche et qu'elle s'était levée dans la journée. — J'envoyai de nouveau *aconit.* 30, *gut.* 1, dans une cuillerée à thé d'eau environ, à prendre en deux fois, à six heures d'intervalle.

Le 23, malgré mes avertissements répétés de tenir la malade au lit, je la trouvai assise devant une table et mangeant des pommes de terre. Sa poitrine était entièrement libre, l'enflure du côté gauche du cou n'était plus douloureuse et était grosse seulement comme un œuf de pigeon. On voyait encore sur ses mains quelques boutons miliaires, mais secs comme ceux des extrémités inférieures. La desquammation ne s'opérait point encore.

La malade ne se plaignant plus, et ses parents regardant le régime comme une grande privation, je me bornai à leur conseiller de la vêtir chaudement et de la

garder en chambre afin d'éviter tout refroidissement qui amenât une hydropisie.

Nota. J'ai appris par la suite que la petite fille avait fait plusieurs rechutes, qu'elle avait eu entre autres une inflammation des yeux, etc. Elle fut traitée alors par des médecins allopathes, et eut besoin de plusieurs semaines encore pour se rétablir. Elle ne put retourner à l'école que vers la Pentecôte.

La cause de ces rechutes fréquentes a été certainement la négligence des parents et le peu de soin qu'ils prenaient de leur fille. On ne peut nier que la médecine ne vient que très-lentement à bout des maladies enracinées de cette espèce, surtout avec des malades peu dociles; loin de moi donc toute pensée d'attribuer au traitement allopathique la lenteur de cette guérison.

V. La fille de Jean Horst, âgée de douze ans, d'une constitution maladive, sujette aux maux d'oreilles, à l'otorrhée, etc., maigre, pâle, cachectique sans aucun doute, avait depuis vingt jours la peau tellement couverte d'une scarlatine unie, qu'on n'apercevait presque aucun intervalle entre les taches. Cet exanthème lui était venu facilement, sans douleurs antérieures. Le 18 janvier, jour où l'on vint me consulter, elle avait le côté gauche du visage et du cou enflé; le second jour, elle avait eu également de l'enflure au côté droit; douleurs dans le cou, déglutition difficile. — Elle était constamment plongée dans une espèce d'assoupissement et divaguait. Soif ardente, chaleur sèche, brûlante, pas d'appétit. Le second jour, douleurs dans la tête. Elle avait vomi trois fois, vers le soir, des glaires et une matière verte, sans douleurs. Elle avait eu ensuite plusieurs fois envie de vomir, mais sans vomir, presque toutes les demi-heures.

Les symptômes de la peau étaient les mêmes, mais les maux de cou avaient diminué de moitié; cependant ils étaient bientôt revenus au même degré. Mauvaise haleine.

Les maux de tête avaient augmenté depuis l'avant-veille; elle se plaignait davantage et avait un violent délire.

Après midi, exacerbation qui dura jusqu'au lendemain, où un mieux à peine sensible se fit sentir jusqu'à midi. — C'était surtout la nuit que la chaleur était insupportable. La nuit précédente, elle avait paru au père un peu moindre, mais par contre le délire avait augmenté d'une manière étonnante. — Elle expliquait par signes ce qu'elle rêvait. — La dernière nuit, elle avait été vraiment furieuse; elle voulait s'en aller, parce qu'elle ne se croyait ni dans son lit ni dans la maison de ses parents; elle chantait aussi tout haut. — Lui parlait-on, elle répondait juste; mais bientôt elle retombait dans ses rêvasseries. — La température de la tête paraissait un peu plus élevée que celle du reste du corps. — Quelquefois elle se plaignait de coliques autour du nombril; son bas-ventre était mou, sans enflure. — Depuis le second jour de sa maladie, elle avait quelquefois huit fois par jour une diarrhée de couleur jaune et d'une très-mauvaise odeur. Chaque fois elle demandait le vase de nuit. — Evacuations assez fréquentes d'une urine brun-rouge, mais toujours peu copieuses. — Depuis le commencement de sa maladie elle n'avait rien mangé et n'avait bu que de l'eau.

Je n'hésitai pas longtemps sur le choix du remède. Elle prit *bellad.* 30, gutt. 1, dans une cuillerée d'eau, deux cuillerées à thé de suite, et une cuillerée à thé toutes les huit heures suivantes.

Je prescrivis, en outre, une diète sévère, lui permettant tout au plus une soupe au lait ou de la crème d'orge claire, si elle avait faim. Poser la tête sur la paille, le reste du corps dans un lit médiocrement chaud.

J'avais demandé qu'on vînt m'avertir, le lendemain, de son état: mais je n'appris rien pendant plusieurs jours, ce qui ne laissa pas que de m'inquiéter dans ces circonstances.

Le 23, appelé dans le village pour un autre malade, j'allai la voir. — Elle était assise en chemise sur un banc adossé à un mur froid. Je la fis ôter de là à l'instant, et lui fis mettre une camisolle, en avertissant les parents de la vêtir surtout chaudement, et d'éviter qu'elle se refroidit.

Quant à la maladie, on me dit qu'après la seconde dose, la chaleur brûlante avait disparu, et avec elle la rougeur de la peau et le délire. La troisième avait fait cesser la diarrhée, et les selles étaient redevenues normales. Sommeil bon, appétit et urine à l'état normal. La peau se levait par gros morceaux, surtout aux mains, autour d'une oreille et dans l'oreille même. Elle avait eu dans la main une grosse ampoule, qui avait disparu après avoir jeté de l'eau. Je n'en vis plus que la place qui était sèche, ainsi qu'un grand morceau de peau qui s'en détachait. Je ne suppose pas que cette ampoule unique permette de regarder cette scarlatine comme une scarlatine vésiculaire (voyez *Pathologie et Thérapeutique de Raimann*); c'était plutôt une scarlatine légère.

Elle n'eut pas besoin d'autre remède. Depuis elle n'a pas cessé de se bien porter, à ce que j'ai appris par la suite.

VI. Henri Hahn vint me dire, le 31 janvier, que son fils, âgé de cinq ans, devait garder le lit depuis trois jours, se plaignant de douleurs dans le cou et de difficulté à avaler, avec altération de la voix, soif, etc. Ces douleurs avaient tellement augmenté qu'on ne pouvait plus comprendre ce qu'il disait, et qu'il ne pouvait avaler que de l'eau. Extérieurement on n'apercevait rien d'anormal au cou; mais il y éprouvait, au toucher, des douleurs.

Depuis la veille, il était tourmenté aussi d'une toux sèche qui ne l'empêchait pas cependant de respirer, ce qui faisait pressentir qu'elle venait plutôt du cou. Peau brûlante et très-sèche, d'un rouge de scarlatine sur les cuisses. Le bas-ventre et le dos couverts de pourpre. — Soif ardente, pas le moindre appétit; souvent des évacuations de couleur blanche, presque toutes les deux heures, depuis deux jours déjà, accompagnées de violentes douleurs, mais momentanées, dans le bas-ventre, depuis la nuit précédente seulement. Au dire du père, l'urine était à l'état normal. — Le malade dormait très-peu, et s'il s'assoupissait, il avait toutes sortes d'imaginations. Il voyait entre autres des animaux, par exemple des chiens, courir devant lui, et croyait devoir les attraper.

Je prescrivis *bellad.* 30, gutt. 1, dans une cuillerée d'eau, à prendre la moitié de suite, le reste le lendemain matin. J'ordonnai en outre, comme pour les autres malades que j'avais déjà eus à traiter, d'enlever les oreillers de plume, etc.

Le 2 février, il n'avait plus ni douleur de cou ni toux. Les douleurs dans le bas-ventre avaient entièrement disparu, et le matin même il avait eu une selle normale. Tache rouge sur la joue droite. Som-

meil paisible, sans délire, soif très-faible, appétit assez bon. L'exanthème était sec, la rougeur de la peau disparaissait. Dès lors les médicaments devenaient inutiles.

P. S. Le malade fut bientôt parfaitement guéri. Je ne sais si la desquamation s'opéra régulièrement, ni s'il a eu quelque rechute.

Je vais parler maintenant de quelques maladies, suite de la scarlatine, chez des individus que je n'avais pas traités auparavant.

Je les place ici, parce qu'elles forment comme un lien entre la vraie fièvre scarlatine et des maladies aiguës d'une autre espèce qui sévissaient en même temps qu'elle.

I. Je vis, le 23 janvier, l'enfant de Jean Eitel Keil, petit garçon de trois ans, et j'appris ce qui suit :

Depuis quinze jours il avait une fièvre scarlatine bien caractérisée, ce qui ne l'empêchait pas de courir le plus souvent par la chambre. On voit déjà que la maladie n'était pas fort grave. Mais le résultat de cette imprudence de ses parents fut que l'exanthème ne put se former convenablement, ni la desquamation s'opérer sans trouble (en beaucoup d'endroits la desquamation ne fut que membraneuse); aussi fut-il bientôt atteint d'une maladie plus violente que la première.

Depuis trois jours, l'enfant était au lit, où il lui était aussi difficile de se remuer alors, qu'il avait été difficile de l'y mettre quelque temps auparavant. Il se plaignait de maux de tête et de douleurs dans le bas-ventre. Bas-ventre enflé, mais ne paraissant pas douloureux à la pression du doigt. Respiration accélérée, pénible, courte et interrompue. Toux fréquente, sèche. Peau rude, sèche, légèrement rouge, pâlissant à la pression du doigt, etc. Pouls accéléré, tendu, soif ardente, presque pas d'appétit, selles dures, paresseuses; constipation depuis trois jours. Peu de sommeil, interrompu à chaque instant. A peine avait-il fermé les yeux, qu'il appelait sa mère avec angoisse.

Je fis enlever les oreillers de plume et prescrivis une diète convenable, etc.; après quoi, je lui fis prendre *aconit.* 30, gutt. 1, dans une cuillerée d'eau, la moitié de suite, à trois heures après-midi, le reste huit heures après.

25 janvier. L'avant-veille au soir, selle sèche, dure. La veille au matin, l'enfant se trouvait mieux, motif pour lequel on ne donna pas de ses nouvelles. Dans l'après-midi, les douleurs de poitrine augmentèrent de nouveau, et continuèrent ainsi toute la nuit, disparaissant un instant pour reparaître bientôt après. Vers les huit heures du matin, pour la première fois, depuis la veille dans la matinée, il demanda à manger, et mangea quelques bouchées d'une beurrée. Dans cette période d'exacerbation, il avait oublié jusqu'au sucre qu'il aimait cependant beaucoup. Fréquents accès de toux sèche, respiration excessivement accélérée et pénible. Peau encore rude, mais sans rougeur. La veille, sueur abondante au front. Les autres symptômes étaient restés les mêmes que le 23.

Dans ces circonstances, je renouvelai la dose *aconit* 30 gutt. 1, dans une cuillerée d'eau, une cuillerée à thé toutes les six heures.

27 janvier. L'avant-veille, aussitôt après avoir pris la première dose, le malade eut une selle encore plus dure qu'auparavant; mais la nuit il en eut une toute claire. Dès lors ses selles n'avaient pas plus de consistance; du reste, il n'en avait que trois par jour. Douleurs dans le bas-ventre. Il indiquait la région de l'estomac comme la place douloureuse. Respiration toujours pénible, mais accès de toux plus rares, plus faciles, humides. Au cou et aux mains, la peau se levait par morceaux. Sur le reste du corps, peau plus unie; mais toujours sèche, à l'exception de celle de la tête, qui était plutôt humide. Il ne buvait pas beaucoup, mais il avait plus d'appétit et mangeait des beurrées, de la crème d'orge, etc. Il avait très-bien dormi les deux nuits précédentes. Je prescrivis *bellad.* 2,30.

Le 1er février, la toux était moindre, la respiration encore accélérée, mais plus facile. Il se plaignait encore de douleurs dans le bas-ventre. Chaque jour, deux selles de la consistance de bouillie. Depuis quelques jours, les extrémités inférieures jusqu'aux genoux étaient rouges et enflées, enflure élastique. Une enflure au visage disparut bientôt. Transpiration générale; urine claire, soif modérée. Éveillé, il grinçait les dents. Le jour, il dormait longtemps d'un sommeil paisible; la nuit, son sommeil était agité; il tressaillait souvent et appelait sa mère.

La diminution des douleurs de poitrine, ainsi que des autres souffrances en général, après l'administration de la belladone, les maux de ventre, la couleur rouge des parties œdémateuses, tout cela justifiait le choix que j'avais fait de ce remède. Je prescrivis donc de nouveau *bellad.* 30, gutt. 1, dans une cuillerée d'eau, la moitié de suite, le reste le lendemain matin.

Le 4, il souffrait encore de la poitrine. Le bas-ventre douloureux et très-enflé, ainsi que la face. Quant à l'enflure des pieds, le messager ne put rien m'en dire, ainsi que de beaucoup d'autres choses. Urine semblable à de la bière. Selles normales. Plus d'appétit, soif assez vive, peau de nouveau sèche.

Je ne pus savoir si quelque chose était venu troubler la marche de la guérison : il fallait le croire cependant. Peut-être qu'en s'agitant dans son lit, il s'était découvert et refroidi, ce qui aurait dérangé les fonctions de la peau et causé cette exacerbation. Quoi qu'il en soit, une influence extérieure nuisible devait avoir occasionné cette rechute. Il était plus naturel de le supposer que de vouloir en rejeter la faute sur le médecin. Quand toutes les fonctions se font régulièrement, quand la peau est généralement active, et prouve, par son activité même, qu'elle sort victorieuse d'une longue lutte; quand ces symptomes favorables ne sont pas amenés de force, mais simplement par l'appui donné aux forces de la nature, on peut prétendre en toute assurance, en cas de rechute, que quelque influence nuisible en est la cause.

Les symptômes hydropiques commençant à se développer, je donnai *bryon.* 30, gutt. 1, dans deux cuillerées d'eau, une cuillerée toutes les six heures.

12 février. Jusque-là point de nouvelles. Je conviendrai de mon inquiétude pendant ce temps. Je ne pouvais songer à une guérison totale. Je ne pouvais non plus aller voir les parents. L'enfant était-il mort? — Avait-on appelé d'autres médecins?

Je fus donc heureux d'apprendre ce qui suit. Pendant les deux jours qui avaient suivi la première dose *bryon.*, le malade avait constamment été en transpiration. L'évacuation d'urine avait beaucoup augmenté, l'urine elle-même était claire; la respiration plus libre, on pouvait dire normale; la toux moins fréquente et accompagnée d'expectorations faciles de glaires blanches. Quelques douleurs encore dans le bas-ventre.

Sommeil très-bon dans les derniers temps; selles normales; plus de soif, bon appétit. L'enflure avait entièrement disparu. Corps comme exténué. Mais, au dire des parents, l'amélioration avait été frappante, et, pour ainsi dire, visible depuis l'administration de la dernière dose.

L'expectoration me décida à choisir *calcar. sulphu.* gr. 3, mêlé à *sacch. lact.* scrup. 5, deux doses d'un demi-grain, à prendre une le jour même, l'autre le surlendemain au soir.

Le 17, l'enfant courait gaîment par la chambre. Il n'éprouvait plus aucune douleur, à l'exception d'une toux légère, accompagnée d'expectoration glaireuse, beaucoup moindre d'ailleurs qu'auparavant.

Je prescrivis de nouveau *calcar sulphur.* gr. 1/2.

24 février. Depuis huit jours, le malade toussait davantage; la toux était souvent tellement forte qu'il vomissait ses aliments. Le bas-ventre enflé. Tous les jours dans l'après-midi, on remarquait en lui de l'abattement et plus de malaise.

Deux doses *bryon.* gutt. 1, à deux ou trois jours d'intervalle, opérèrent en peu de jours une guérison complète, à ce que j'ai appris depuis.

J'ai vu cet enfant à la fin de mai. Il jouissait alors d'une santé parfaite et était gai et content. Plus d'une fois ses parents avaient douté qu'il guérît jamais.

J'arrive à présent à quelques maladies que j'ai eues à traiter en même temps que la scarlatine. Je commencerai par celles qui offrent avec cette fièvre le plus d'analogie.

I. Jean Plœtz, âgé de quinze ans et demi, robuste, ayant joui jusque-là d'une bonne santé, était allé, cinq jours auparavant, sans éprouver le moindre malaise, à un village voisin, éloigné de deux lieues, où il avait passé la nuit à danser et à se réjouir avec quelques amis. Il n'avait commis aucun excès, ni en fait de boisson ni en fait de danse; il s'était, le plus souvent, contenté de regarder les autres ou de faire de la musique. Il n'avait non plus éprouvé aucun désagrément. Le lendemain, à son retour, il s'était plaint de maux de tête, avait vomi des matières liquides vertes, et, le soir même, s'était mis à divagner. Dès le lendemain, il était hors de lui. Plus d'une fois, il sauta de son lit, parlant à des gens qu'il croyait voir, les injuriant, etc. Ses vomissements avaient continué jusqu'à la veille. Depuis deux jours, selles fréquentes, aqueuses, d'une odeur détestable, précédées de borborygmes dans le bas-ventre; il lâchait sous lui. Depuis la veille, son délire furieux s'était changé en délire murmurant. Il était alors couché, les yeux fermés comme s'il dormait, la bouche toute large ouverte, murmurant des paroles inintelligibles, et priant quelquefois d'une voix distincte.

Quand sa mère lui demandait s'il voulait uriner, il répondait que oui, mais il ne pouvait rien faire. Respiration accélérée, difficile, râlante; pas de toux, etc. Ni appétit ni soif, apathie générale. La face inondée d'une sueur froide; la joue droite bleuâtre.

On vint me consulter, le 25 janvier, avant midi. Je donnai une dose *hyosc.* à prendre de suite. Comme je devais aller, à midi, à Hattenrod, je me promis de l'aller voir. Je ne fus nullement étonné d'apprendre qu'il était mort, même avant le retour du messager. Le cadavre était couvert de taches et de lignes bleues, comme celui d'un homme mort d'apoplexie ou de quelque maladie pareille. Les assistants déclaraient que c'était la scarlatine.

Epicrise. Que cette maladie ait été un mal de tête d'une espèce inflammatoire, c'est ce dont ne douterait pas toute personne qui ne serait pas habituée à classer tous les cas pareils dans la catégorie des fièvres nerveuses. Elle ne douterait pas davantage que la mort n'eût été imminente avant même qu'on fût venu me consulter. Mais le malade ne portait-il pas déjà en lui, avant sa partie de plaisir, le germe d'une fièvre scarlatine qui, arrêtée dans son développement, se serait jetée sur le cerveau affaibli par la veille et surexcité par la joie? — C'est une question qui offrirait matière à la polémique sous le rapport pathologique.

II. Je fus appelé le 9 janvier auprès du fils de Jean Henri Hahn, enfant de dix-huit mois. La veille dans la matinée, ses parents avaient remarqué en lui un grand abattement; ses membres tremblaient quand il voulait se lever, ses yeux étaient tout troubles. Tel fut son état pendant toute la journée. Dans la nuit, il eut des crampes pendant lesquelles il heurtait ses pouces, tremblait continuellement de tout son corps; les crampes passées, il cria beaucoup. Le jour même avait paru au côté gauche du cou, surtout dans le voisinage de la mâchoire inférieure, une enflure considérable, dure, d'un rouge de fièvre scarlatine, sur laquelle on avait placé un sachet de camomille. Son palais était d'une chaleur brûlante.

Je commençai par faire enlever le sachet et par prescrire une diète convenable à la mère, qui le nourrissait encore. Je lui défendis surtout les aliments échauffants ou acides. Puis je donnai *aconit.* 30, gut. 1, dans deux cuillerées d'eau, dont on devait lui faire prendre aussitôt deux cuillerées à thé, et une cuillerée toutes les trois heures suivantes.

P. S. Dès le lendemain l'abcès du cou s'ouvrit, jeta un bon pus, et le malade guérit promptement.

N. B. Qu'on n'oublie pas que je ne fais mention de cas aussi peu importants qu'afin de mettre à même de tirer des conséquences justes sur le genre de la maladie et sur ses rapports pathologiques.

III. Le 10 janvier, Jean Braun vint me consulter au sujet de son fils âgé de vingt-et-une semaines. Depuis la veille, il criait beaucoup et avait de l'enrouement et une toux sèche qui lui causait des douleurs dans le cou. En criant, il était agité, frappait des mains, relevait la tête. Respiration accélérée, sans être pénible.

Je lui donnai *aconit* 30, gutt. 1, dans une cuillerée d'eau, une cuillerée à thé toutes les six heures.

Le 11, je le vis. Sa mère me dit que son cou allait beaucoup mieux, mais qu'on s'apercevait bien qu'il n'était pas encore tout à fait libre. Du reste, l'enfant jouait et était beaucoup plus gai. Depuis la veille, il avait eu encore une selle verte.

Comme il restait encore une cuillerée du médicament, je la lui fis prendre, ne jugeant pas à propos de changer de remède.

Le 12, on me vint dire qu'il avait été très-agité et très-méchant la veille au soir; il cherchait, par exemple, à égratigner les personnes qui le portaient. Toute la nuit, il n'avait pas cessé de crier, il avait fallu le tenir constamment sur les bras. Je prescrivis *chamom.* 12, gutt. 1.

P. S. Il fut bientôt parfaitement guéri, et n'a plus été malade depuis.

IV. Le fils de Frédéric Scheferstein, âgé de vingt-

deux semaines, souffrait depuis huit jours d'une toux accompagnée d'engouement de poitrine et de diarrhée, lorsque j'allai le voir le 30 décembre. Il avait eu auparavant les varicelles qui étaient sèches alors.

Depuis quelques jours la toux était devenue très-forte et l'embarras de la poitrine avait atteint le plus haut degré; il était difficile de comprendre comment il était encore en vie. A chaque aspiration, qui était d'ailleurs très-pénible, la poitrine faisait un bruit affreux. Selles innombrables, de couleur verte. Palais brûlant. Il avait grand plaisir à téter; mais la difficulté de respirer l'en empêchait. Il sommeillait quelque temps, sans pouvoir dormir cependant.

Je croyais à peine qu'il fût possible de le sauver. Cependant je lui fis prendre *calcar. sulphur.* 30, gutt, 2, dans trois cuillerées d'eau, une cuillerée à thé toutes les deux heures.

Le 2 janvier, j'allai le revoir et le trouvai sensiblement mieux. L'embarras de la poitrine était moindre, ainsi que la difficulté de respirer. Il était mieux et avait un sommeil plus tranquille. Plus de diarrhée depuis le 31. Constipation. Cependant le matin même la diarrhée avait reparu, moins fréquente néanmoins et de couleur jaune. Reste à savoir si elle serait revenue dans le cas où l'on m'aurait donné plus tôt de ses nouvelles et où j'aurais pu par conséquent lui administrer les remèdes convenables.

Je réitérai *calcar sulphur.* 30, gutt. 1, dans trois cuillerées d'eau, deux cuillerées à thé aussitôt, et ensuite une toutes les heures.

P. S. Au bout de deux jours, il n'éprouvait plus que quelques douleurs dans la poitrine; la guérison fit des progrès rapides, et en peu de temps il devint gai et rieur.

V. Le 27 janvier, on vint me consulter au sujet de la femme de Louis Labicht, âgée de quarante cinq ans. — L'avant-veille, à l'enterrement de son fils, le jeune Plaetz dont nous avons parlé plus haut, et dont la mort l'avait beaucoup affectée, elle s'était refroidie et avait même été trouvée étendue sans connaissance dans sa cuisine. La veille, elle s'était plainte d'un abattement général et de la diminution de son appétit. Vers le soir, elle avait senti des douleurs dans le bas-ventre, qui lui durèrent toute la nuit, à de courts intervalles près. Elle avait en même temps une diarrhée aussi claire que de l'eau, de couleur rouge, comme du sang pur. Cette diarrhée augmenta dans la nuit et se joignit à de grandes douleurs. Elle ne put que fort peu dormir. La malade gardait le lit, se plaignait d'un sentiment de froid, mais n'avait pas soif.

Je lui fis prendre *mercur. sublim. corros.* 16, gutt. 2, dans une cuillerée d'eau, la moitié le matin même, le reste le soir.

Le 28, ses selles étaient devenues plus rares et les douleurs moindres. Elle n'en avait eu qu'une la nuit précédente et avait assez bien dormi.

Je répétai *sublim.* 16, gutt. 1. Elle n'eut pas besoin d'autre remède pour guérir promptement.

Observations pratiques par le docteur Ehrhardt. Catalepsie guérie par la belladone.

Martin de Kreipau, jeune paysan de douze ans, d'un caractère tranquille et bon, brun, maigre, jadis vigoureux et bien portant, né de parents sains, n'ayant jamais encore été malade, fut atteint, le 3 mars 1835, à l'école, à la suite d'un refroidissement, d'un accès de catalepsie. Comme il apprenait très-difficilement, il se levait ordinairement à cinq heures du matin pour se préparer à la leçon. Les accès revinrent d'abord toutes les semaines une ou deux fois; plus tard il en eut bien plus souvent, ils le prenaient alors toutes les quarante heures, duraient ordinairement quelques secondes, au plus une ou deux minutes, sans troubler d'ailleurs ni ses digestions ni ses autres fonctions physiques, et sans abattre ses forces. On lui avait fait prendre inutilement pendant des mois des vermifuges, du *zinc*, de l'*élixir de Haller*, etc. A compter du 17 décembre, je lui administrai avec plus de succès *bellad.* 30 jusqu'à cinq gouttes chaque jour pendant les trois premiers jours; pendant les trois suivants 15, jusqu'à dix gouttes, et pendant les dix autres, 1, en augmentant tous les jours de 1 à 10 gouttes. Quoique ces faibles doses eussent diminué les accès, il ne fut entièrement guéri qu'après avoir pris les doses de la première dilution, qui d'ailleurs n'amenaient pas la moindre aggravation. L'accès le prenait dans quelque position du corps que ce fût, en marchant, en allant à cheval, même en battant en grange. Tout à coup il restait immobile comme une statue, le regard fixé devant lui, les pupilles dilatées, sans voix, sans connaissance, sans sentiment. Front brûlant, nez pâle et froid, ainsi que les joues et les mains, pouls élevé, fréquent, respiration faible; flexibilité des membres seulement pendant les accès un peu longs. Depuis les quinze derniers jours, il avait des accès le soir à huit heures, qui duraient sans interruption pendant plusieurs heures, et avec une violence égale à celle du tétanos. Il rejetait alors convulsivement la tête en arrière. Il n'en avait pas la nuit; mais, quoiqu'il dormît d'un sommeil paisible, on remarquait des tressaillements successifs dans quelques-uns de ses membres. A l'exception de son œil terne, comme endormi, à moitié fermé, de sa langue bleue et de ses lèvres relevées, bleues, on ne voyait rien d'anormal en lui. Jusqu'à présent (juillet 1836), il n'a pas cessé de se bien porter.

Observations pratiques; par le docteur Elwert.

Christian Kreibohm, de Sibbeslas, bailliage de Winzenbourg, âgé de cinquante-six ans, jadis presque toujours bien portant, paraissant alors très-souffrant et visiblement maigri, était tourmenté jour et nuit depuis trois mois d'une diarrhée aqueuse, accompagnée quelquefois de tranchées, qui le forçait régulièrement à aller de 20 à 30 fois à la selle en vingt-quatre heures, et qui était suivie souvent d'une émission de vents.

Langue chargée, jaunâtre, soif ardente, goût nauséabond et amer, peu d'appétit; grand abattement, surtout après de légers travaux corporels.

Le docteur allopathe Frische, de Wrisbergholz lui prescrivit des remèdes resserrants et renforçants qui l'épuisèrent encore davantage et empirèrent son mal; six doses *ars.* 5, gut. I, une chaque jour, le guérirent en peu de jours. Après huit jours de traitement, le malade était en état de visiter de nouveau le cabaret.

J'avais déjà guéri des cas absolument pareils par *merc.*,

phosphor., dulcam., sulphur, etc., preuve qu'il y a plusieurs remèdes pour certaines maladies, bien qu'avec des caractères différents.

Douleur de langue chronique.

Le 26 février 1836, je fus prié par le pasteur d'Imsey, bailliage de Weizenbourg, d'entreprendre le traitement de la malheureuse femme de Christoph Stroph, qui souffrait sans interruption, depuis sept ans déjà, d'une douleur de la langue, pour laquelle plusieurs médecins allopathes lui avaient déjà fait prendre un grand nombre de remèdes, mais sans succès. Le pasteur me faisait ainsi la description de sa maladie.

Cette femme est âgée de quarante-huit ans, et a eu il y a longtemps la gale. La douleur a son siége sur le bord de la langue; il lui semble qu'on la lui perce avec des épingles, sensation qui est continuelle, mais qui est plus forte quand elle a mangé, ou qu'elle s'est lavé le visage avec des liquides chauds ou froids. Les muscles du visage se tirent alors, et la bouche se tord convulsivement; il lui semble que ses yeux vont lui sortir de la tête. Vertige, selles paresseuses et dures, pieds froids, fréquents frissons alternant avec des chaleurs. La malade a en outre l'air extrêmement souffrant; elle est très-maigre et se sent fort abattue.

Je choisis *nux vomic.*. 3, et lui en fis prendre six doses, une goutte tous les deux jours, en recommandant toutefois de me donner de ses nouvelles dans huit jours. Une occasion se présenta cependant d'apprendre plus tôt comment elle se trouvait. Son état n'avait pas changé; les douleurs nommément étaient toujours les mêmes; la seule amélioration un peu sensible, c'était celle qui s'était opérée dans son humeur et ses évacuations. Je lui envoyai 6 doses *china* 4, *gutt.* 1, à prendre une tous les deux jours. Le pasteur m'écrivait qu'il s'était conformé à mes instructions en ne lui administrant le médicament qu'au bout de huit jours; mais depuis trois jours déjà, les douleurs avaient cessé, et la pauvre femme ne désirait que l'occasion «de me remercier à genoux». Elle éprouvait bien encore un picotement sur la langue, mais ce n'était plus à comparer à ce qu'elle avait ressenti auparavant. Pour achever de la guérir, je lui envoyai 4 doses *platin.* 6, une goutte tous les trois jours. Elle se porte bien maintenant, à ce que j'ai appris.

Dysménorrhée et diarrhée.

Catherine Theiss, de Gross-Lafferda, bailliage de Peine, jeune fille de 20 ans, souffrait depuis six mois de plénitude et de tension dans le bas-ventre, auxquelles se joignaient quelquefois, sans motif, des pincements suivis assez souvent de vomissements de matières liquides d'un goût amer, ou bien des aliments.

Diarrhée comme de la bouillie, 3 ou 4 fois par jour depuis deux mois, leucorrhée pâle depuis plu ieurs années, règles supprimées depuis six semaines.

Ce serait une confusion étrange si l'on voulait faire dresser, dans ce cas, un plan de traitement seulement par huit médecins allopathes, chacun travaillant séparément; et c'est à donner des vertiges si l'on doit se dire que ces messieurs n'ont pas même une connaissance superficielle de l'effet des remèdes dont ils font leurs mixtions et leurs mélanges, ou au moins une connaissance trop peu approfondie pour pouvoir réaliser les idées qu'ils se sont faites de la maladie, idées aussi différentes que leurs imaginations, et dresser leurs plans en conséquence. Mais revenons à notre malade.

Je lui fis prendre deux doses *spirit. sulphur.* et quatre doses *pulsat.* 2, chacune à une goutte, une tous les jours. Elle n'avait encore pris que *sulphur,* que la diarrhée avait déjà cessé; son ventre n'était plus douloureux, et ses règles avaient reparu. En un mot, elle vint m'apporter elle-même, joyeuse et bien portante, des nouvelles de la santé de sa mère.

Guérison d'une aliénation mentale qui datait de seize ans.

Jean Frédéric Kreth, du village de Sibesse, bailliage de Winzenbourg, souffrait depuis l'âge de seize ans d'une maladie mentale; il était du reste vigoureusement constitué, et n'avait jamais été malade. Lorsque je fus appelé à le soigner, il y a seize ans, sa maladie présentait les caractères suivants.

Pendant dix jours, il était silencieux, triste et inquiet, se plumait les doigts, restait le plus souvent couché, ne répondait et ne parlait que malgré lui, urinait souvent la nuit, se sentait la tête vide, s'asseyait souvent comme en songe, mangeait et buvait, mais était ordinairement trois jours sans avoir de selles. En outre, ses forces intellectuelles, surtout la mémoire, étaient très-affaiblies; il était timide, n'avait aucun goût pour le travail, et ne dormait que d'un sommeil très-agité.

Mais les dix jours suivants, il était irritable, violent, impérieux, harassait les chevaux, querellait les valets et ses parents, revêtait volontiers ses plus beaux habits, n'aimait pas à travailler, mais beaucoup par contre à fréquenter les cabarets, criait, parlait haut, se disputait, achetait des objets dont il n'avait que faire, dont il ne se souciait plus bientôt après, qu'il donnait ou qu'il détruisait après s'en être servi quelque temps. Il ne pouvait souffrir la contradiction; elle le mettait dans une fureur extrême. Il avait presque constamment les doigts dans son nez, qui saignait souvent dans cette période comme dans l'autre. Cet état d'irritation alterna ainsi pendant nombre d'années avec l'état de calme, et pendant tout ce temps le saignement de nez le prenait au plus tous les quinze jours.

Je l'avais traité deux ans allopathiquement, c'est-à-dire que je l'avais traité mal, comme je le vois maintenant; car, je lui avais fait essayer de tout ce qui se couvre du manteau de la rationnalité allopathique, et de tous ces remèdes que la médecine pratique a à sa disposition. Je frémis maintenant en pensant à tous les médicaments que je lui ai administrés, et je conçois comment ils n'ont fait qu'altérer davantage sa santé: cependant tout mon traitement reposait sur les principes que j'ai constamment suivis pendant tout le temps que j'ai été allopathe, et qui avaient mérité l'approbation de plusieurs médecins distingués, ainsi que tous ceux qui se sont donné la peine d'analyser les ouvrages que j'ai publiés sur la médecine. Mais, malgré tous mes remèdes, l'état du malade resta le même, et je cessai la cure. Dès lors le jeune homme ne prit plus rien pendant huit ans, et sa maladie n'augmenta ni ne diminua. Dans une de ses périodes de calme il avait fait connaissance avec une jeune fille du village; son père avait consenti à leur union dans l'espoir que le mariage lui ferait du bien. Mais il se trompa malheureusement,

quoique son fils fût devenu père à son tour. Il prétendit qu'on devait lui céder la ferme. Le père au désespoir vint de nouveau m'ouvrir son cœur : je lui conseillai, pour prévenir tout accident, de l'envoyer dans la maison des fous, non pas tant pour l'y faire traiter que pour le placer sous une surveillance active, dont je me promettais d'heureux résultats. Mais on ne se borna pas à le surveiller, comme je l'avais recommandé, on le soumit à un nouveau traitement allopathique, on lui pratiqua des saignées, on lui appliqua des sétons, etc., ce qui occasionna au père des dépenses auxquelles il ne s'attendait pas. Au bout de neuf mois, aucune amélioration ne s'étant déclarée, il reprit son fils chez lui. Un an se passa encore, sans qu'il s'opérât le moindre changement dans son état. Dans l'intervalle, je réussis à guérir une femme des environs, d'une maladie mentale par le traitement homœopathique. Le père, l'ayant appris, vint me prier de traiter aussi son fils homœopathiquement. Je refusai d'abord, parce que je regardais le cas comme incurable ; mais je dus enfin me rendre à ses instances. Depuis longtemps le malade ne prenait plus aucun remède, on lui avait même ôté les sétons. Du reste, sa maladie présentait les mêmes symptômes que seize ans auparavant. Je lui fis prendre le 19 mai 1836 quatre gouttes *bellad.*, une tous les cinq jours. Le 12 juin, son père vint me dire que la période d'irritation paraissait être moins terrible. Je renouvelai donc *bellad.* 4. Le 29, pas de changement sensible. Changeant alors de système, je dirigeai tous mes efforts contre la période d'abattement et d'indifférence. En conséquence, je fis prendre au malade tous les quatre jours une goutte *conium* 8 jusqu'à trois gouttes. Dès la seconde, à la grande admiration de tous ceux qui le connaissaient, il était guéri. Il n'a pas eu de rechute depuis. Lorsqu'on me le fit dire, j'en crus à peine mes oreilles ; mais je l'ai vu depuis de mes propres yeux parfaitement bien portant. Cependant, je n'osai pas cesser brusquement le traitement. Je lui administrai donc jusqu'au mois de février, chaque mois cinq ou six doses *conium*, mais en doses de plus en plus faibles, en sorte que dans les derniers temps il n'en prenait plus que six à huit globules. Le 10 février, son père crut remarquer quelques indices de son ancienne inquiétude ; mais quelques doses *lycop.* 8 suffirent pour faire disparaître ces légers symptômes. Quoique dans ce cas *bellad.* parût mieux répondre aux principaux symptômes, on ne peut méconnaître que l'essence de la maladie se trouvât plutôt dans la période de la tristesse, et que *conium* ne fût dans une plus grande affinité avec elle relativement à ses effets sur l'esprit. C'est ce qu'un cas pareil me porte à croire.

Une dame spirituelle, vive, gaie, dont la rate paraissait s'être grossie, souffrait depuis plusieurs années, tous les quinze jours, d'une disposition d'esprit des plus malheureuses. Elle n'avait de plaisir ni à parler, ni à s'habiller, ni à manger, ni à voir ses enfants ; à cela se joignaient des selles extrêmement paresseuses. Elle avait consulté déjà différents médecins de la France, de l'Angleterre, de l'Allemagne, entre autres le docteur Fue de Hambourg, qui recommanda comme le meilleur remède l'extirpation de l'excroissance, sans douleur du reste, qui s'était formée dans la région de la rate et qui se déclara prêt à faire l'opération. — Heureusement la malade ne se sentit pas disposée à tenter la périlleuse expérience, et ne voulut pas consentir à se laisser traiter aussi radicalement. Elle s'adressa à moi. *Aurum*, *caust. nux*, *lycop.*, *platin.*, etc., n'ayant produit aucun effet, la malade désespéra de guérir et cessa quelque temps de rien prendre. Mais la guérison précédente lui rendit du courage. J'en avais tiré la conséquence que *conium* pourrait agir, dans ce cas ; aussi l'affection mentale avait un caractère intermittent. Je lui administrai donc, le 1er février 1836, *conium* 6, une goutte tous les deux jours. Au bout de quinze jours, les accès ne reparurent plus, quoique la rate n'eût pas changé de forme, et jusqu'à présent ils ne sont pas revenus. La malade m'a assuré que quelques médecins ont attribué la guérison à la nature. Ils ont parfaitement raison, seulement le traitement allopathique n'a pas su pousser la nature à une pareille guérison.

Depuis longtemps, le problème de la grandeur des doses, de leur répétition, de l'effet primitif des remèdes, etc., m'occupe ; car depuis longtemps je sens le besoin de le résoudre, pour moi-même, d'une manière un peu plus certaine qu'il ne l'a été jusqu'ici.

J'ai fait à cet effet quelques expériences que je soumets à l'examen du Congrès central et du public.

Il n'y avait pas longtemps que je traitais mes malades d'après la méthode homœopathique, lorsque la théorie de l'exacerbation me causa quelques scrupules. Comme certains malades prétendaient s'être trouvés plus mal après avoir pris simplement du sucre de lait ou bien quelques globules 20 ou 30, je supposai dès lors, et ma supposition se vérifia par la suite, que les remèdes n'avaient pas été bien choisis. Par contre, je vis une amélioration subite se déclarer après l'administration du médicament convenable, chez des personnes qui ne connaissaient pas l'homœopathie.

Il me vint donc en idée que le remède pourrait bien agir autrement qu'on ne se l'imaginait, peut-être rendait-il directement de l'énergie à la force vitale, peut-être aiguillonnait-il la force curative de la nature. Je crus donc produire de plus grands effets par des doses plus fortes. Je le fis et je m'aperçus que non-seulement je guérissais proportionnellement un plus grand nombre de malades, mais que la guérison s'opérait sans crise, même quand le remède avait été donné à doses répétées.

Une autre observation que je fis par la suite, c'est qu'en administrant de fortes doses de remèdes à basses dilutions, il se manifestait assez souvent des effets primitifs ou d'autres phénomènes qui n'avaient du reste rien de commun avec la maladie, qui arrêtaient à peine la marche de la guérison.

Je vais m'expliquer davantage, et citer à cet effet quelques exemples.

1° Il y a quelque temps que j'ai eu à traiter un enfant à la mamelle, attaqué d'une obstruction très-opiniâtre qui avait diminué cependant un peu par suite d'*alum.* et *sulphur.* Depuis longtemps il n'avait rien pris ; je jugeai donc convenable de lui donner le soir *veratr.* 5, *gutt.* 1. L'enfant eut des vomissements la nuit ; et dès lors ses selles furent plus régulières pendant quelques jours. Naturellement, ce n'était pas encore une preuve pour moi. Quelques jours après, je renouvelai la dose, et le résultat fut le même. Peu de temps après, je lui fis prendre encore une fois le soir *veratr.* à la même dose. La nuit suivante, il fut pris d'une forte diarrhée qui cessa cependant déjà le lendemain, mais à la suite de laquelle il eut des selles normales pendant plusieurs jours. Il est clair que le re-

mède l'a guéri, tout en faisant sentir ses effets primitifs précipitants.

2° Un homme étique, qui n'avait jamais eu d'exanthème, prit pendant dix jours *sepia* 4 contre des douleurs de différentes espèces, mais surtout contre une toux sèche principalement le soir, au lit, accompagnée le matin d'une sueur, d'une odeur aigre. Toutes ses douleurs diminuèrent, mais sur l'avant-bras se forma un exanthème rougeâtre, d'abord uni, mais qui s'éleva bientôt. Il resta longtemps à se guérir, et disparut peu à peu au milieu de démangeaisons.

3° Je fis prendre à une dame pendant quelques jours *rhus* 5, une goutte par jour, contre une hémoptysie. La toux guérit bientôt; mais il lui vint un exanthème du genre de l'ortie, qui la fit vraisemblablement souffrir plusieurs jours.

4° Dans une affection de gorge, j'administrai *bellad.* 5, gutt. 1. Le lendemain se montrèrent sur les joues et la poitrine du malade de petites taches rouges; mais en même temps les douleurs de gorge avaient un peu diminué.

Je pourrais citer bien d'autres observations pareilles; mais cela est-il nécessaire? Il vaut mieux rechercher si dans de tels cas la dose du médicament n'a pas été trop forte, et si l'on n'aurait pas mieux fait de la donner plus faible, ou bien si les symptômes accessoires ne doivent pas être considérés comme provenant d'autres causes. Mais ici ce n'est pas le raisonnement seul, c'est plutôt l'expérience qui doit décider. Voici ce que l'expérience m'a appris.

Si l'on administre un médicament entre la troisième et la huitième dilution, supposé qu'il se trouve une certaine affinité entre ses effets caractéristiques et le caractère de la maladie qu'il a à combattre, on n'a pas à craindre ordinairement de crise, quand on le ferait prendre à doses fortes et répétées; il fait sentir au moins ses effets primitifs ou secondaires, et le mal diminue ou disparaît après plus ou moins de temps, selon sa nature.

Il n'est pas facile de découvrir une pareille affinité et de la réaliser dans la pratique. Les médecins doués de pénétration et d'un esprit observateur qui ont eu l'occasion d'observer longtemps des maladies et d'en suivre le cours de manière à apprendre à sentir le prix de leur caractéristique, ou, ce qui vaut mieux encore, qui se sont instruits par des expériences faites sur eux-mêmes des effets du remède qu'ils administrent, ceux-là réussiront, pour la plupart, à traiter d'une manière purement homœopathique, et obtiendront ainsi souvent des résultats étonnants.

Quoique je sois médecin depuis vingt ans, et que j'aie eu l'occasion par conséquent d'observer bien des maladies, je ne me mets pas au nombre de ces médecins, par ce que je ne connais pas encore assez l'homœopathie. Cependant, depuis que j'exerce l'homœopathie, il s'est présenté des cas où l'on pourrait dire que la maladie et le remède avaient une vraie affinité homœopathique, et dans le traitement desquels j'ai été assez heureux pour trouver de suite le médicament convenable. Je vais en citer quelques-uns, afin de montrer quelle efficacité possède le remède dans ce cas.

J'ai annoncé plus haut, m'appuyant en cela sur l'expérience, que des doses fortes et même souvent répétées, même dans les basses dilutions, ne produisent pas de crises funestes. Je dois aussi défendre cependant les petites doses, sans en excepter celles de 15 à 30, même en globules; car je les ai vues produire également les plus heureux résultats, quoique moins souvent. Aussi ne les employé-je presque plus; je préfère les basses dilutions et les fortes doses. Au premier coup d'œil, cela paraît un paradoxe; mais je m'expliquerai bientôt plus clairement.

L'expérience m'a prouvé que les faibles doses n'agissent qu'autant que le remède est dans une affinité très-grande avec la maladie, et qu'il est bien choisi. Mais comme il n'est possible qu'aux médecins très-habiles en fait d'homœopathie et très-exercés de reconnaître si tel remède a les qualités convenables pour opérer la guérison, il est facile de voir pourquoi on se trouve trompé si souvent en administrant les hautes dilutions. J'en ai fait moi-même plusieurs fois l'expérience et même dans des cas où j'aurais parié que le remède était bien choisi. Mais il n'avait pas d'affinité avec la maladie.

Je ne veux pas examiner si la constitution, l'idiosyncrasie, la manière de vivre, la hauteur plus ou moins grande du baromètre, le galvanisme, l'électricité, etc., peuvent ou non affaiblir l'effet de si faibles dilutions ou même le détruire entièrement. D'après ma conviction intime, de pareils accidents sont plus fréquents qu'on ne le croit, et une grande partie de nos malades sont trompés dans leur attente très-juste du reste. C'est ainsi que j'ai vu beaucoup de malades attaqués d'un abcès syphilitique primaire, très-mécontents, et à juste titre, de se trouver plus mal qu'auparavant après avoir pris pendant six semaines *merc. solub.* 12, ainsi que maints fiévreux perdre toute confiance en l'homœopathie pour ne pas avoir été guéris par *china* 6 ou 12, qui aurait dû les guérir cependant. Il ne s'agit pas de savoir si les premiers ont pris dans leur jeunesse du mercure contre le croup, ou si les seconds, quelques années auparavant, ont bu du vin de quinquina pour se renforcer. La question est s'il n'auraient pas été guéris par des doses plus fortes. Qu'importe les remèdes qu'ils peuvent avoir pris?

S'il est si difficile de saisir le caractère propre d'un remède dans le choix qu'on doit en faire, et si, dans le cas où l'on n'y parvient pas, on est à peu près sûr qu'il ne produira aucun effet, surtout à faibles doses et à hautes dilutions, ce qui peut arriver et arrive en effet fréquemment, ce sera un gain véritable pour l'homœopathie que de sortir de ce dilemme, et de trouver le moyen nécessaire pour cela. Ce moyen, c'est l'administration à doses fortes et répétées d'une basse dilution. Elle agit ordinairement encore quand les hautes dilutions ne produisent aucun effet; elle amène une réaction même dans les cas où, à en juger par toutes les circonstances, le caractère du remède n'a pas été saisi; en un mot une pareille dose va plus directement au but, ce qui est souvent aussi nécessaire que désirable, de même qu'il est quelquefois nécessaire de renforcer le ton d'une flûte quand on en joue devant des personnes distraites.

Avec la meilleure volonté d'apprendre à connaître la caractéristique des remèdes, outre leurs effets positifs, je n'y suis pas parvenu relativement au temps que j'ai consacré, et cependant j'opère des guérisons, mais, je dois le répéter, depuis surtout que j'emploie les fortes doses et les basses dilutions.

Je m'aperçois aux symptômes accessoires que je n'ai pas assez eu égard au caractère du remède dans le choix que j'en ai fait. J'en ai cité des preuves plus haut : c'est

ainsi que *veratrum* a produit des vomissements ; *sepia rhus* et *belladon.*, des exanthèmes. Il semblerait que, pour opérer une guérison plus complète, ces médicaments eussent dû agir davantage ; ce que nous aurions dû savoir depuis longtemps, si dans l'indication des effets des remèdes on avait mieux groupé les symptômes. Cependant on ne peut faire un reproche à Hahnemann de n'avoir pas tout fait. D'un autre côté, je reconnais le caractère prédominant dans le remède administré, à l'amélioration qui s'opère souvent sur-le-champ. Plusieurs de mes malades ont su parfaitement distinguer les remèdes qui leur faisaient du bien, d'autres inertes, mais seulement par leurs effets, en sorte que mon étonnement n'était pas petit quand je les voyais indiquer parmi les prises numérotées celles qui contenaient les médicaments.

Ce sont, il est vrai, des expériences faites *ex usu* ; mais elles serviront à mieux nous faire connaître le caractère des médicaments. Elles nous engagent aussi à répéter les doses.

L'avantage pour la pratique de l'emploi des fortes doses est donc aussi clair que le jour, car

1° Elles ont agi dans les cas où les faibles doses ne produisaient rien, et même sans déterminer d'exacerbation. Les résultats des fortes doses sont souvent étonnants (1).

2° Elles agissent aussi là où de petites doses, peut-être par cela même, ne produiraient aucun effet ; parce que le malade est hors d'état de suivre une diète homœopathique, obligé qu'il est d'habiter avec un malade allopathe auquel on fait prendre des remèdes d'une odeur très-forte, ou dans une chambre où se trouve un métier.

3° Elles nous aident à mettre en ordre la maladie troublée dans sa marche par le traitement allopathique, de manière à en saisir le caractère. Dans ce cas, nous devons nous laisser diriger assez longtemps par les symptômes, ou parce que le malade a été gâté en quelque sorte par les médicaments allopathiques et n'est plus sensible assez aux remèdes homœopathiques, quelque bien choisis qu'ils soient.

4° Elles nous servent enfin dans les cas où le médecin a trois ou quatre remèdes différents à choisir, et où par conséquent le caractère de chacun se dessine mal. Dans ces circonstances on peut ordinairement attendre quelque bien de cette manière d'agir.

De tout ce que je viens de dire, il est facile de conclure qu'il faut recommander surtout les expériences à tous ceux dont la science en fait d'homœopathie n'a point atteint le point culminant, afin qu'ils puissent dans tous les cas et à tout moment reconnaître le caractère, c'est-à-dire l'affinité entre le remède et la maladie.

Congrès homœopathique de Magdebourg. Compte-rendu par le docteur Rummel.

Quoique moins nombreux que ceux des années précédentes, ce congrès n'en a pas moins été important et par l'accord des vues et des résolutions qui y ont été prises, et par la valeur des travaux qu'il a accomplis.

Plusieurs médecins, sur la présence desquels on avait compté, ont écrit pour s'excuser de ne pouvoir y assister, entre autres Rau, Griesselich, Stapf, Trinks, Wolf, Helbig et d'autres.

A la réunion du soir, le 9 août, le directeur fit part à l'assemblée des démarches qu'il avait faites pour donner une plus grande publicité à ses résolutions et pour rendre la réunion plus nombreuse. Il avait engagé les sociétés provinciales du pays de Bade, de la Thuringe, de la Lusace, de la Basse-Saxe, à envoyer des représentants au congrès central. Ceux de la Lusace et de la Basse-Saxe s'étaient effectivement rendus à l'invitation, en envoyant, le premier, Gross, un de ses membres honoraires, et le second, le docteur Fielitz. Le docteur Griesselich, secrétaire de la société de Bade, avait écrit qu'il avait été impossible de choisir un député, parce que la société ne s'assemblait qu'au mois d'octobre ; la société de la Thuringe n'avait pas jugé à propos de répondre.

On lut ensuite les statuts de la société de la Basse-Saxe, qui avait tenu sa première séance le 2 mai, à Schœmingen, et qui avait nommé directeur le docteur Mühlenbein ; vice-directeur, le docteur Hartlaud ainé ; secrétaire, M. le notaire Grotnian.

Le docteur Croserio, de Paris, avait eu la bonté de faire insérer dans plusieurs journaux français l'invitation qu'on lui avait envoyée. Sa lettre fut lue et excita une satisfaction générale en annonçant que le père de l'homœopathie se portait bien. Puis on passa à la discussion des affaires concernant l'Institut homœopathique de Leipzig. On disait que la retraite du docteur Schweikert avait eu pour cause quelques divisions entre les inspecteurs et le médecin en chef ; mais tout s'était arrangé à l'amiable, et sa retraite était tout à fait volontaire. Malheureusement le docteur Haubold s'était aussi démis de sa place d'inspecteur ; la place du médecin en chef avait été donnée provisoirement au docteur Fiekel, qu'il s'agissait de remplacer à son tour d'une manière définitive. On lut les actes qui expliquaient pourquoi le docteur Fiekel avait été nommé à cette place ; on lut également la lettre où il exprimait le désir de se retirer. Le congrès y consentit et donna sa place au docteur Hartmann. Mais auparavant il s'était élevé un débat au sujet de la conservation ou de l'abandon de l'Institut lui-même, dont les fonds étaient épuisés. Le congrès se décida pour le premier parti, parce que cet établissement était utile aux progrès de l'homœopathie. On avait espéré d'abord que le gouvernement le prendrait sous sa protection ; mais l'on s'était malheureusement trompé ; il n'avait rien fait jusque-là. Peut-être se déciderait-il enfin à venir à son secours ; sinon, on ne l'entretiendrait plus qu'un an.

Le directeur déclare ensuite que tous les efforts des homœopathes devaient tendre à gagner les médecins à leur cause, s'ils voulaient vraiment qu'elle fît des progrès. Pour cela il est indispensable de la perfectionner de plus en plus sous le rapport scientifique, de séparer les faits bien constatés de ceux qui ne le sont pas, et de publier les premiers dans un langage paisible qui n'ait rien de polémique, dans un journal lu des allopathes. Il lut ensuite *dix-huit thèses pour les partisans et les adversaires de l'homœopathie*, esquissées par le docteur Wolf dans l'intention de faire disparaître les différences entre l'ancienne et la nou-

(1) Dernièrement, 4 gouttes *veratr.* 3, en une seule fois, ont déterminé à l'instant une diarrhée que le malade décrivait ainsi : il lui semblait avoir pris d'un coup deux onces d'eau laxative de Vienne. Dans une diarrhée chronique, *spirit. phosph.* gutt. 2 produisit des effets non moins remarquables.

velle médecine, et de les amener ainsi à vivre en paix ou au moins de bien déterminer les points de la discussion.

Ces thèses furent accueillies *unanimement* comme l'expression véritable des sentiments et des opinions de l'assemblée ; le directeur fut chargé de les faire imprimer. Le congrès s'occupe ensuite d'un écrit du docteur Rau contenant également des thèses qu'il se propose de développer davantage dans le nouvel Organon auquel il travaille, et sur lesquelles il demandait l'avis de ses collègues. Malheureusement le temps ne permettait pas de les discuter à fond. La plupart s'accordaient parfaitement avec les choses approuvées déjà par le congrès, quelques-uns cependant donnèrent lieu à des objections que quelques membres se réservèrent d'examiner plus tard.

On lut ensuite une lettre de Griesselich qui mérita l'approbation générale par les vues qu'elle contenait sur la réconciliation des partis et sur bien d'autres choses encore. On se plut aussi à reconnaître la justesse des vues de ce critique ; mais on s'accorda à blâmer le ton et les armes qu'il employait dans la lutte, son manque de piété envers Hahnemann, sa fureur de détruire, sans pouvoir rien mettre à la place de ce qu'il renversait.

Une lettre du docteur Müller annonçait au congrès la fondation à Leipzig d'une association libre de médecins pour l'homœopathie, et lui demandait son concours. L'assemblée, en majeure partie, pensa que les thèses qu'elle venait d'approuver témoigneraient assez qu'elle avait la même tendance que l'association nouvelle ; elle lui souhaitait tout le succès possible, mais elle ne voyait pas de nécessité de se séparer du congrès central (1).

Ce fut le 10 qu'eut lieu la séance publique. Le directeur l'ouvrit par un discours où il passa rapidement en revue tout ce qui avait été fait l'année passée, et où il invita l'assemblée à se choisir pour l'année prochaine un autre directeur et un autre lieu de réunion. On s'occupa aussitôt de ce dernier point, mais on ne put tomber d'accord, et l'on décida que le choix du lieu où s'assemblerait le congrès futur serait laissé au nouveau directeur.

Le docteur Elwert de Hildesheim donna ensuite lecture de quelques observations pratiques tendant à prouver que dans la règle les doses à basse dilution de 1 à 8 gouttes produisent le plus d'effet.

Le docteur Mühlenbein lut quelques notices qui contenaient d'intéressantes histoires de maladie et le docteur Schneider, dans une déduction fondée sur des bases inébranlables, prouva que les maladies mentales ont une origine somatique, que l'âme elle-même ne peut jamais être malade, que par conséquent dans des cas pareils le traitement somatique est d'une importance plus grande que le traitement psychique. Il cita à l'appui de ses assertions deux cures qu'il avait opérées.

Après lui le médecin-vétérinaire de la cour de Brunswick, Schumann, lut quelques observations pratiques sur l'hématurie des bêtes à cornes.

Le docteur Elwert prit de nouveau la parole et expliqua pourquoi les homœopathes n'envoient pas aussi souvent leurs malades aux bains que les allopathes. Puis le directeur soumit à l'assemblée une *nouvelle pharmacopée homœopathique* que le pharmacien Gruner de Dresde lui avait envoyée avec le prix courant de ses remèdes, ainsi que quelques échantillons des médicaments préparés par lui.

Le député du congrès de la Lusace proposa d'examiner ces remèdes et de publier en même temps la meilleure manière de les préparer. Cette proposition fut reconnue très-importante; mais on décida qu'on abandonnerait ce soin aux sociétés provinciales, puisque tout ce que le congrès central avait essayé de faire jusque-là sous ce rapport était resté sans résultat. On fit remarquer en même temps que la société de la Basse-Saxe s'était chargée de l'examen du *kali nitricum*. Après avoir réglé et signé les comptes du caissier, invité les assistants à souscrire pour un buste de Hahnemann, et avoir présenté au congrès la seconde livraison de Héraclide dont le docteur Helbig lui faisait hommage, le président leva la séance.

Le lendemain seulement arrivèrent deux traités destinés à la lecture publique, un du docteur Hoffendahl sur la guérison des crampes d'estomac et de l'épilepsie, l'autre de M. Starke sur l'établissement d'une pharmacie centrale.

Notes. Thèses du docteur Wolf.

I. *Similia similibus curantur.*

II. L'application de ce principe à la guérison des maladies n'est pas facile.

III. L'homœpathie ne repose pas sur l'absence de toute base scientifique, comme on l'a prétendu à tort de quelques assertions de Hahnemann.

IV. Si nous regardons l'ensemble des symptômes comme une indication, nous prenons ce mot dans l'acception la plus large et pour faire entendre que nous n'admettons aucune hypothèse dans le traitement des maladies.

V. Des symptômes semblables du médicament et de la maladie ne se guérissent pas entre eux, mais des maladies pareilles produites par les remèdes guérissent les maladies naturelles. Il ne suffit donc pas pour guérir de comparer sans discernement les symptômes du remède et de la maladie.

VI. Les homœopathes ne regardent pas les symptômes comme la maladie elle-même ; ils distinguent avec soin les symptômes essentiels et les symptômes purement accidentels.

VII. L'assertion qu'on ne peut reconnaître l'essence d'une maladie, se rapporte seulement aux changements dynamiques et non aux changements matériels que nous observons avec soin, sans oublier que le côté dynamique est le côté dominant et le plus souvent le plus accessible au médecin.

VIII. La guérison homœopathique est une cure causale.

IX. L'assertion du contraire repose sur un malentendu volontaire. Nous éloignons la *causa occasionalis*, si c'est possible. Ni l'ancienne ni la nouvelle école ne peuvent prendre pour objet du traitement l'essence de la maladie, puisqu'elle est absolument inconnue. La différence que l'on a voulu établir sous ce rapport entre les deux méthodes, a pour base une erreur.

X. L'homœopathie n'est pas un traitement symptomatique dans le sens de l'ancienne école.

XI. Les connaissances médicinales préliminaires sont indispensables aux médecins homœopathes.

(1) Il paraît y avoir un malentendu. L'association n'a pas voulu se séparer du congrès, mais se mettre vis-à-vis de lui dans les mêmes rapports que les autres sociétés.

XII. La doctrine de la psore, par laquelle on a cherché à expliquer l'opiniâtreté de bien des maladies, contient, à côté de quelques assertions non démontrées, beaucoup de choses vraies; mais c'est précisément pour ce motif qu'elle n'est pas généralement admise par les homœopathes.

XIII. Tout en ne méconnaissant pas les nombreuses imperfections des essais faits jusqu'à ce jour, nous devons reconnaître comme toujours nécessaire, pour arriver à la connaissance de la véritable force des remèdes, l'essai des médicaments sur des personnes bien portantes d'abord, et ensuite sur des malades.

XIV. Sans vouloir nier qu'on puisse guérir homœopathiquement avec les doses ordinaires, l'expérience nous force à avouer que les dilutions sont excellentes, quelquefois même nécessaires. Elle nous a démontré d'une manière incontestable que même les très-hautes dilutions sont encore efficaces. Nous ne désapprouvons pas les tentatives d'explication données à ce sujet; mais nous ne nous considérons pas comme liés par elles, et nous devons repousser toutes les conséquences qu'on en a tirées, comme, par exemple, qu'il ne faut administrer le remède qu'à la 30e dilution, etc.

XV. On ne peut déterminer d'avance le temps qu'agira un médicament.

XVI. Nous ne maudissons pas l'ancienne médecine, et nous ne prétendons pas qu'il faille renoncer dans tous les cas à plusieurs de ses remèdes, par exemple, à la saignée.

XVII. Nous ne partageons pas l'opinion de Hahnemann sur l'inefficacité de la force médicatrice de la nature, et nous ne croyons pas que, sous ce rapport, il existe une sérieuse différence entre les deux écoles.

XVIII. L'homœopathie ose demander qu'on ne la juge que telle qu'elle est actuellement; on ne peut donc nous objecter que nos vues diffèrent en plusieurs points de celles de Hahnemann. Le but de ces thèses est de faire sortir les différences réelles qui existent encore (1).

---

(1) Nous espérons qu'on ne jugera pas ces thèses d'après ce maigre extrait, mais qu'on attendra l'impression de l'original.

RUMMEL.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

JANVIER 1837. (1er TRIMESTRE.)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

De la réduction des tours d'exposition des enfants trouvés dans le département de la Vienne; par F. Bouriaud, membre de la commission administrative des hôpitaux de Poitiers, et tuteur des enfants trouvés.

Quand l'opinion publique s'élève de toutes parts contre les mesures cruellement économiques qui menacent l'existence de malheureux enfants sans parents, sans appui, sans secours, il est du devoir de tout homme de bien de protester contre une parcimonie meurtrière, et de livrer à la publicité les observations qu'il a pu recueillir sur un sujet aussi digne de l'attention de ses concitoyens.

Jusqu'au commencement du dix-septième siècle, on exposait les enfants trouvés dans les rues et sur les places publiques, la mort ou la mutilation était leur partage. Ces infortunés servaient à un abominable trafic : on les vendait vingt sous la pièce, et les mendiants s'en emparaient ou les achetaient pour les employer à exciter la commisération publique. Ce traitement barbare semblait rendre moins horrible le crime alors si multiplié des infanticides. Tel était le sort de ces pauvres enfants, lorsqu'en 1638, Vincent de Paule, à qui la religion et la patrie ont élevé des autels, parvint à réveiller en leur faveur les sentiments de l'humanité. Enfin, en 1640, aux pieux et éloquents accents de cet apôtre de la bienfaisance, s'ouvrit le premier hôpital des enfants trouvés.

Toutefois, ce ne fut réellement qu'à la fin du dix-huitième siècle que le sort des enfants trouvés n'eut plus rien de semblable à ce qu'il avait été dans les siècles antérieurs. Les sciences et la philosophie donnèrent la main à la religion pour travailler de concert à cette œuvre de charité; mais les drames désordonnés et sanglants qui bouleversèrent cette époque s'opposèrent encore à l'entier accomplissement de cet acte d'humanité, et ce ne fut qu'après le rétablissement de l'ordre que l'on vit reparaître, dans les maisons d'orphelins, ces physionomies bienveillantes qui, sous l'habit de chasteté, portent sur chaque berceau les regards attentifs et la tendre sollicitude d'une mère; avec elles sont revenus les tours, les crèches, la surveillance, l'instruction primaire et l'apprentissage des métiers.

Le gouvernement approuva et favorisa de tous ses efforts les mesures d'amélioration qui lui furent proposées : ses arrêtés de 27 frimaire et 30 ventose an v, et le décret impérial du 19 janvier 1811, font foi de l'intérêt tout particulier qu'il portait à cette branche si importante du service des hôpitaux.

Pourquoi faut-il donc que, depuis la révolution de 1830, les enfants trouvés soient menacés de revenir au même point où ils étaient au seizième siècle? Pourquoi faut-il que, dans un temps où tout semble annoncer les progrès de la civilisation, des mesures d'exil et de mort soient réclamées par ceux-là même qui se disent les défenseurs de nos libertés publiques? Eh! contre qui se dirigent ces vœux inhumains? contre de faibles créatures qui ne savent que pleurer, souffrir et mourir.

Mais il n'est pas vraisemblable qu'on veuille persister dans un système aussi funeste, car il nous conduirait nécessairement à dépeupler notre beau pays; et personne ne peut ignorer que les plus fermes soutiens de la richesse et de l'étendue d'une nation se trouvent dans une population forte, vigoureuse, et que la société ne vaut qu'en raison du nombre et de la valeur de ceux qui la composent. Or donc, tant que le sol peut nourrir ses habitants, jamais il ne s'en trouvera de trop. Qu'on ne vienne pas m'opposer les dangers des grandes populations : ces dangers ne sont réels qu'autant qu'on néglige d'imprimer à ces populations la direction qui leur convient. Inculquez-leur de bonne heure les principes de la religion et de la morale; faites-leur aimer la société en leur apprenant à respecter ses lois; éclairez-les par l'instruction; faites surtout qu'elles soient laborieuses et probes, non-seulement dans leur intérêt, mais encore dans celui de la patrie, dont leurs bras doivent faire la force, dont leur travail doit créer l'opulence et soutenir la grandeur. Du reste, ce temps est passé où l'on regardait avec indifférence ce qui arrivait dans les classes inférieures : ces classes, aujourd'hui pensent, raisonnent et agissent; le refus d'un secours est pour elles une offense qui les aigrit contre la société, contre le gou-

vernement lui-même. Il est donc sage, prudent et surtout politique de recueillir les enfants pauvres qui forment la presque totalité des enfants abandonnés, et il est nécessaire de leur donner la capacité de remplir un rôle actif dans l'organisation sociale.

Chaque année, les conseils généraux sont appelés à statuer sur l'avenir des enfants trouvés; chaque année de nouvelles mesures sont réclamées pour apporter des économies dans cette partie du service des hôpitaux (comme si ce service était le seul qui demandât des économies), et cet objet si important se réduit presque toujours à une question d'argent contre une question morale et d'humanité.

Dans la session de 1834, le conseil général de la Vienne a été divisé sur les moyens à employer pour concilier les intérêts du département avec ceux des enfants trouvés et abandonnés; une commission spéciale a été chargée de présenter un rapport sur cette grave question, plusieurs séances ont été consacrées à sa discussion. Mais il fallait des économies à tout prix; aussi, malgré l'avis unanime des conseils d'arrondissements, qui *tous* demandaient la prompte réouverture des tours d'exposition, il fut arrêté, *à la majorité de* 15 *contre* 14 *voix*, qu'on maintiendrait la suppression des tours des hospices de Châtellerault, de Loudun et de Montmorillon (1), « en recommandant vivement » cette mesure à la sollicitude de M. le préfet, pour » en rechercher les conséquences et afin d'éclaircir » cette question pour l'avenir. » En terminant cette session, la même *majorité* exprima le vœu formel, « pour qu'une loi, abrogeant la législation actuelle, » permette de faire fermer le seul tour qui reste en- » core au chef-lieu du département. » (2)

Il est donc positif que la suppression totale des tours d'exposition du département de la Vienne a été la pensée dominante de la *majorité* du conseil général, et il est à craindre qu'on ne persiste dans cette opinion; car un vœu d'une si haute importance a été nécessairement le résultat de longues méditations et la conséquence d'une conviction profonde. Néanmoins, comme de nouvelles investigations et de nouveaux éclaircissements ont été jugés nécessaires, je pense que, sous quelques rapports encore, cette question a besoin d'être étudiée. A cet égard, M. le préfet ne manquera pas de répondre à l'invitation qui lui a été personnellement adressée, et j'aime à croire qu'il ne me saura pas mauvais gré de ma participation à cette partie de ses travaux administratifs; trop heureux si, par mes faibles efforts, je pouvais coopérer à la révocation d'une mesure qui, selon moi, est immorale et inhumaine sans pouvoir apporter aucune diminution dans le nombre des expositions, et, par conséquent, aucune économie dans les dépenses. C'est ce que je me propose de prouver.

Sans vouloir prétendre que la réduction des tours d'exposition soit en dehors du cercle des attributions des conseils généraux, qu'il me soit permis de faire observer que, si du sens grammatical du décret du 19 janvier 1811, on peut tirer la conséquence qu'un seul dépôt peut être créé pour plusieurs arrondissements, on doit aussi se pénétrer de l'esprit de ce décret qui fut rendu après la loi du 27 frimaire an v (17 décembre 1796), loi qui érige tous les hospices en maisons de dépôt des enfants; or, en voulant faire cesser l'abus de trop faciles admissions, on n'a pas pu vouloir consacrer un abus contraire. Du reste, en principe général, la multiplicité des hospices-dépôts ne favorise pas la fréquence des expositions : à l'appui de cette opinion, je citerai celle de M. le comte de Bondy, préfet de l'Yonne, qui, certes, dans une question de cette nature, ne peut pas être suspecté de partialité. Dans un mémoire tout récemment imprimé (1835), il dit : Il y a, en France, 271 dépôts pour 127,567 enfants; la moyenne population par dépôt devrait donc être de 470. Or, voici que les 20 départements qui, chacun, n'ont qu'un dépôt unique, ont pourtant 44,407 enfants, ce qui met la moyenne à 2,220 enfants : et même, continue-t-il, en laissant en dehors du calcul les deux départements de la Seine et du Rhône, à cause de l'énorme contingent qu'ils y apporteraient, trois seulement présentent un effectif au-dessous de 470. Cela prouve qu'il ne suffirait pas, comme on le croit généralement, de diminuer le nombre des tours, pour diminuer d'une manière très-sensible le nombre des expositions.

Examinons maintenant si ce principe général a reçu quelques modifications dans le département de la Vienne, depuis l'époque où trois tours d'exposition y ont été supprimés; comparons le nombre des admissions dans ce département avant et depuis l'application de cette nouvelle mesure, et voyons enfin quels en ont été les résultats. Pour l'explication du tableau qui va suivre, je dois dire qu'il est à ma connaissance que, depuis la réduction des tours d'exposition, onze enfants, déposés à la porte de l'hospice de Loudun, y ont été admis dans le cours de l'année 1834 : on n'a pas voulu les exposer aux fatigues d'un transport mortel. Cet acte d'humanité, auquel n'est pas restée étrangère l'administration municipale de Loudun, honore ses auteurs et leur donne des droits à l'estime et à la reconnaissance de tous les bons citoyens. Pour l'exactitude et pour la régularité de mon travail, j'ai dû faire mention de ces onze admissions et les faire figurer dans le résumé du tableau destiné à représenter le nombre des expositions faites en 1834.

Le tableau n° 1 présente par année et par arrondissement :

1° Le nombre total des expositions dans le département de la Vienne, pendant la période des dix années qui précédèrent immédiatement l'époque de la réduction des tours;

2° Le nombre et la date des décès dans chaque arrondissement, pendant cette même période;

3° Le chiffre de la mortalité de tous les enfants du premier âge, pendant la même période;

4° Enfin, le nombre des enfants exposés, le nombre et la date de leur décès au tour unique de Poitiers, pendant l'année 1834.

De ce tableau comparatif, il résulte qu'avant la réduction des tours, la moyenne annuelle des expositions dans le département de la Vienne a été, de 1824 à 1834 . . . 188

(1) Comme il n'a jamais été établi de tours d'exposition à Châtellerault et à Montmorillon, on pouvait bien se dispenser d'en ordonner la destruction. Dans ces deux arrondissements, les enfants ont toujours été admis soit après avoir été déposés à la porte de l'hospice, soit sur procès-verbaux souvent irréguliers, et, il faut le dire, peu dignes de confiance.

(2) Les guillemets indiquent les passages extraits *textuellement* du procès-verbal du conseil général.

MOYENNES ANNUELLES de la mortalité de 1824 à 1834.			La moyenne annuelle des décès du département a donc été 1824 à 1834, 54 2/10
	de 1 j. à 15 j.	3	
	de 15 j. à 30 j.	6 5/10	
	de 30 j. à 1 an	44 7/10	

Il résulte également de ce tableau que, depuis la réduction des tours, le nombre des expositions au tour unique de Poitiers a été, en 1834 . . . . . 177 (1)

(1) Sur le tableau officiel du mouvement des enfants trouvés en 1834, envoyé au gouvernement par M. le préfet de la Vienne, le nombre des admissions au dépôt unique de Poitiers paraît ne s'élever qu'à 137 et celui des décès qu'à 49. La différence de ces chiffres aux chiffres réels provient de ce qu'on n'a compté ni comme admis, ni comme morts, 40 enfants décédés en 1834 à l'hospice de Poitiers, avant d'avoir pu être placés en nourrice.

Le nombre des admissions à l'hospice de Loudun, en 1834, a été. 11

Total. 188

MORTALITÉ en 1834.			Le nombre des décès en 1834, au tour unique de Poitiers, s'est donc élevé à.... 81
	de 1 j. à 15 j.	43	
	de 15 j. à 30 j.	16	
	de 30 j. à 1 an	22	

Les décès à l'hospice de Loudun, sur les onze admissions qui ont eu lieu en 1834, se sont élevés dans l'année à 9

Total. 90

N. 1. *TABLEAU, par année et par arrondissement, des expositions et des décès des enfants trouvés et abandonnés du département de la Vienne depuis 1824 jusque et y compris 1834* (1).

ANNÉES.	DÉSIGNATION des arrondissements où les tours devaient exister antérieurement à 1834.	ENFANTS. exposés du premier âge.	ENFANTS. abandonnés du premier âge.	TOTAL des enfants exposés et abandonnés dans chaque arrondissement.	ENFANTS MORTS AUX HOSPICES. de un jour à quinze jours.	ENFANTS MORTS AUX HOSPICES. de quinze jours à trente jours.	ENFANTS MORTS soit en nourrice, soit aux hospices et dans leur premier âge.	TOTAL des décès dans chaque arrondissement.
1824.	Poitiers.	122	3	125	»	1	31	32
	Châtellerault.	19	»	19	»	1	14	15
	Montmorillon.	25	2	27	»	»	3	3
	Loudun.	20	2	22	»	»	7	7
	TOTAL des expositions dans le département en 1824.			193	TOTAL des décès dans le département en 1824.			57
1825.	Poitiers.	118	»	118	2	2	40	44
	Châtellerault.	28	»	28	1	4	16	21
	Montmorillon.	7	1	8	»	»	3	3
	Loudun.	17	»	17	»	»	6	6
	TOTAL des expositions dans le département en 1825.			171	TOTAL des décès dans le département en 1825.			74
1826.	Poitiers.	118	»	118	»	3	21	24
	Châtellerault.	35	»	35	2	5	18	25
	Montmorillon.	11	»	11	»	»	1	1
	Loudun.	18	»	18	»	»	6	6
	TOTAL des expositions dans le département en 1826.			182	TOTAL des décès dans le département en 1826.			56
1827.	Poitiers.	142	»	142	5	7	30	42
	Châtellerault.	17	»	17	1	1	6	8
	Montmorillon.	12	1	13	»	»	3	3
	Loudun.	14	»	14	»	»	4	4
	TOTAL des expositions dans le département en 1827.			186	TOTAL des décès dans le département en 1827.			57
1828.	Poitiers.	128	1	129	3	5	23	31
	Châtellerault.	57	»	57	2	4	16	22
	Montmorillon.	11	1	12	»	»	5	5
	Loudun.	11	4	15	»	»	7	7
	TOTAL des expositions dans le département en 1828.			213	TOTAL des décès dans le département en 1828.			65
1829.	Poitiers.	125	»	125	1	2	9	12
	Châtellerault.	20	»	20	2	2	10	14
	Montmorillon.	9	»	9	»	»	1	1
	Loudun.	16	1	17	»	»	3	3
	TOTAL des expositions dans le départemen en 1829.			171	TOTAL des décès dans le département en 1829.			30

1830.	Poitiers.	146	»	146	1	3	40	44
	Châtellerault.	28	»	28	»	2	8	10
	Montmorillon.	11	»	11	»	»	2	2
	Loudun.	10	»	10	»	»	1	1
	TOTAL des expositions dans le département en 1830.			195	TOTAL des décès dans le département en 1830.			57
1831.	Poitiers.	124	»	124	1	3	21	25
	Châtellerault.	22	»	22	»	2	6	8
	Montmorillon.	9	»	9	»	»	3	3
	Loudun.	22	1	23	»	»	5	5
	TOTAL des expositions dans le département en 1831.			178	TOTAL des décès dans le département en 1831.			41
1832.	Poitiers.	138	1	139	1	2	22	25
	Châtellerault.	29	»	29	1	7	7	15
	Montmorillon.	15	1	16	»	»	3	3
	Loudun.	20	»	20	»	»	4	4
	TOTAL des expositions dans le département en 1832.			204	TOTAL des décès dans le département en 1832.			47
1833.	Poitiers.	125	1	126	7	5	25	27
	Châtellerault.	27	3	30	»	4	7	11
	Montmorillon.	17	»	17	»	»	4	4
	Loudun.	20	»	20	»	»	6	6
	TOTAL des expositions dans le département en 1833.			193	TOTAL des décès dans le département en 1833.			58
1834.	Époque de la suppression des tours d'arrondissement. — Tour unique à Poitiers. . .	176	1	177	43	16	22	81
	TOT. des expositions en 1834. .			177	TOTAL des décès dans le département en 1834. . . .			81

RÉSUMÉ DU TABLEAU N. 1.

—

PÉRIODE DÉCENNALE DE 1824 A 1833.

		1824.	1825.	1826	1827.	1828	1829.	1830.	1831.	1832.	1833.	TOTAL.	NOMBRE MOYEN.
Avant la suppression des tours des arrondissements.	Expositions du département. .	193	171	182	186	213	171	195	178	204	193	1886	188 6/10
	Décès du département. . . .	57	74	56	57	65	30	57	41	47	58	542	54 2/10
Après la suppression des tours des arrondissements.	Expositions au tour unique de Poitiers en 1834.	»	»	»	»	»	»	»				177	188
	Décès au tour unique de Poitiers en 1834.	En 1834, 11 enf. ont été déposés à la porte de l'hospice de Loudun, et y ont été admis.										11	
		»	»	»	»	»	»	»				81	90
Résultat de la nouvelle mesure : même nombre d'expositions et trente-six décès de plus.		En 1834, sur les 11 enf. admis à l'hospice de Loudun, 9 y sont morts.										9	

(1) L'exactitude des chiffres de ce tableau est certifiée par les commissions administratives de Poitiers, Châtellerault, Montmorillon et Loudun.

Ainsi, avant comme depuis la réduction des tours, le nombre des expositions a été identiquement le même; sous ce rapport, on n'a donc point obtenu les résultats qu'on se promettait : aussi on peut avec toute assurance appliquer au département de la Vienne ce qui a été dit plus haut : la multiplicité des hospices-dépôts ne favorise pas la fréquence des expositions. Mais quels ont été les effets de la nouvelle mesure sur la mortalité? Ici les chiffres deviennent éloquents et constatent une effrayante vérité, en prouvant jusqu'à l'évidence que l'asile de la vie est devenu la demeure de la mort. Viendra-t-on encore prétendre aujourd'hui que « les enfants ne « succombent pas dans les premiers jours de leur trans- « lation à l'hôpital ; qu'on ne doit pas tenir compte des « fatigues de voyage, et que cette fatigue d'ailleurs « n'est pas une maladie (1)? » La réponse à cette assertion ne serait que trop péremptoire; en effet, avant la réduction des tours, la moyenne annuelle de la mortalité des enfants de 1 jour à 15 jours était 3 ; en 1834, il en est mort, dans ce même âge, 43 : de 15 jours à 30 jours on en perdait annuellement 6 ; en 1834, on en a perdu 16 : enfin la totalité des décès, terme moyen, s'élevait précédemment à 54, aujourd'hui elle s'élève à 90. Quelle lugubre proportion ! Quel sinistre avenir ! Peut-on maintenant révoquer en doute la cause de la mort de ces malheureux enfants? Non, cela n'est plus possible ; une année de cruelle expérience n'a que trop suffi pour nous éclairer : les fatigues d'un long transport, qui presque toujours a lieu la nuit, et la privation du sein qui renferme leur premier aliment, tuent ces faibles enfants. Ils succombent, malgré les soins empressés dont la charité les environne, avant même qu'on puisse leur procurer une nourrice ; la difficulté d'en trouver s'augmente au fur et à mesure du nombre toujours croissant des expositions sur un même point, et cette difficulté est d'autant plus grande que les mois de nourrice sont fort mal payés. Le conseil général de la Vienne a prévu ce grave inconvénient, et, pour y remédier, il a arrêté que quatre nourrices seraient constamment attachées au dépôt de Poitiers, mais, probablement, l'insuffisance de l'allocation a empêché M. le préfet de mettre à exécution cette partie de la délibération du conseil.

Enfin ces mesures meurtrières de réduction des tours d'exposition ont produit les mêmes effets dans tous les départements où elles ont été adoptées. Dans le *Journal du Bourdonnais* du 24 juin 1835, on lit que, depuis le 1er janvier 1835, époque où tous les enfants du département de l'Allier ont été agglomérés dans l'hospice de Moulins, sur 128 enfants qui ont paru dans cet asile, il y a déjà 100 morts (et en quelques mois), et que de tous ceux qui demeurent à l'hospice, sans être placés en nourrice, pas un seul ne se sauve. Partout, mêmes résultats.

Qui donc a pu porter le conseil général de la Vienne à prendre une semblable détermination? La nécessité de faire des économies. Mais pourquoi ces économies ont-elles précisément frappé sur cette branche principale du service des hôpitaux? Aurait-on découvert de récents abus dans les admissions? Y aurait-il eu augmentation dans le nombre des expositions du département? Les dépenses générales s'y seraient-elles accrues dans une proportion inquiétante? Enfin, la dépense de chaque enfant trouvé est-elle, dans ce département, plus considérable qu'elle ne doit l'être?

Les tableaux nos 2 et 3 répondront mathématiquement à ces différentes questions.

Le tableau n. 2 est destiné à justifier que, de 1824 à 1835, le nombre des enfants trouvés et abandonnés, à la charge du département de la Vienne, a peu augmenté, et qu'il n'a pas suivi la marche toujours croissante de la population du royaume ; que le chiffre des dépenses générales a peu ou point varié ; que la dépense moyenne et annuelle de chaque enfant est loin d'être excessive, et qu'enfin, en raison de la population du département, le nombre moyen des expositions annuelles ne peut pas être regardé comme trop considérable.

N. 2. *TABLEAU du nombre des enfants trouvés et abandonnés et des dépenses totales et moyennes faites pour leur entretien, de 1824 à 1835, dans le département de la Vienne* (2).

ANNÉES.	Nombre d'enfans à la charge du département.	DÉPENSES TOTALES.	Moyenne de la dépense annuelle de chaque enfant.	Nombre moyen annuel des enfans à la charge du département de 1823 à 1834.	Dépense moyenne et annuelle des enfans trouvés et abandonnés du dép. de 1825 à 1834.	Dépense moyenne annuelle de chaque enfant à la charge du département de 1824 à 1835.
		fr. c.	fr. c.	»	fr. c.	fr. c.
1824	967	61,201 77	63 29	»	»	»
1825	975	61,517 37	63 09	»	»	»
1826	947	64,131 32	67 72	»	»	»
1827	1010	61,995 24	62 37	»	»	»
1828	1068	66,910 02	62 64	»	»	»
1829	833	52,841 24	63 43	»	»	»
1830	949	55,617 23	58 60	»	»	»
1831	998	59,322 99	59 44	»	»	»
1832	958	64,809 86	67 65	»	»	»
1833	1026	63,808 29	62 19	»	»	»
1834	1023	66,066 82	64 58	»	»	»
						»
TOTAL. . .	10,754	679,222 69		977 7/11	61,747 52	63 20

(1) Extrait du procès-verbal du conseil général de la Vienne.

(2) Les chiffres de ce tableau ont été fournis par les bureaux de la préfecture du département de la Vienne.

N° 3. — TABLEAU comparatif du nombre et des dépenses des enfants trouvés et abandonnés dans plusieurs départements dont la population est à peu près la même.

Ce tableau comprend l'année 1824, jusques et y compris 1833 (1).

DÉPARTEMENTS.	POPULATION des départements.	TERME MOYEN annuel du nombre des enfants à la charge des départ.	TERME MOYEN annuel des dépenses des départ. pour l'entretien et la nourriture des enfants.	NOMBRE MOYEN et ann. des admissions qui ont eu lieu depuis 1824, jusques et y compris 1833.	MOYENNE de la dépense annuelle de chaque enfant.
			fr. c.		fr. c.
Allier.	298,257	1,782	94,432 72	505	52 99
Basses-Alpes. . .	155,896	1,088	78,634 09	286	73 11
Aude.	270,125	1,238	75,229 15	269	61 09
Cher.	256,059	935	75,895 24	397	85 50
Creuse.	265,384	1,097	55,515 21	244	51 50
Doubs.	265,535	606	61,873 00	121	110 90
Drôme	299,556	1,165	79,537 70	211	69 81
Eure et-Loir. . .	278,820	758	70,599 11	254	96 44
Indre.	245,289	908	62,627 51	210	70 81
Indre-et-Loire. .	297,016	970	82,201 49	312	86 50
Landes.	281,504	1,340	86,366 93	321	66 60
Loir-et-Cher. . .	235,750	829	75,680 82	302	94 31
Haute-Loire. . .	292,078	935	62,884 71	212	67 60
Nièvre.	282,215	1,516	90,495 20	335	56 77
Deux-Sèvres. . .	294,850	558	45,468 78	156	81 48
Vaucluse. . . .	239,113	1,589	112,604 45	427	82 29
Vienne.	282,731	973	61,315 55	188	63 01
Haute-Vienne. . .	285,130	1,352	98,051 54	410	50 33

Pour compléter le plan que je me suis tracé, il me reste maintenant à prouver que, sous plusieurs rapports, le département de la Vienne se trouve dans une position plus favorable que plusieurs autres départements placés dans des conditions à peu près semblables; c'est le but que je me suis proposé en rédigeant le tableau n. 3.

Il est facile de se convaincre, à l'inspection du tableau n. 3, que le département de la Vienne est celui où les dépenses générales sont moins considérables et un de ceux où les expositions sont moins multipliées. Cette situation avantageuse n'a pu le garantir des innovations, et cependant que pouvait-on désirer de mieux?

Comme on a prétendu à la dernière session du conseil général de la Vienne, que les avantages qu'on espère retirer des nouvelles mesures ne seront réels que lorsque la suppression totale des tours d'exposition sera ordonnée, peut-être objectera-t-on que, dans les départements de la France où il n'existe pas de tours, il y a moins d'enfants, et, par conséquent, moins de dépenses à la charge de ces départements. C'est encore là une erreur qu'il importe de détruire; le tableau n. 4 répondra à cette objection.

(1) Les chiffres de ce tableau sont extraits des documents statistiques sur la France, publiés par le ministre du commerce en 1835.

N° 4. — TABLEAU comparatif de quatre départements limitrophes. Dans deux de ces départements il existe des Tours d'exposition ; dans les deux autres il n'en existe pas (1).

DÉPARTEMENTS.	POPULATION des DÉPARTEMENTS.	TERME MOYEN annuel du nombre des enfants à la charge des départements.	TERME MOYEN annuel des dépenses pour l'entretien et la nourriture des enfants.	NOMBRE MOYEN et annuel des admissions qui ont eu lieu pendant dix ans de 1824 à 1833.	MOYENNE de la dépense annuelle de chaque enfant.
MORBIHAN. 4 Tours d'exposition.	433,522	1,072	fr. c. 78,271 78	197	fr. c. 73 52
ILLE-ET-VILAINE. Dans ce départ. il n'y a point de Tour d'exposition.	547,052	1,352	63,096 90	413	48 07
EURE. 2 Tours d'exposition.	424,248	508	36,013 15	140	77 09
ORNE. Dans ce départ. il n'y a point de Tour d'exposition.	441,881	1,029	69,121 46	227	72 30

Il reste donc bien démontré que là où il n'existe point de tours d'exposition, il y a tout autant et plus d'enfants à la charge des départements ; c'est une nécessité qu'il faut subir, et c'est encore ici le cas de répéter que la multiplicité des hospices-dépôt ne favorise pas la fréquence des expositions.

Il ne faut pas non plus se faire illusion sur le petit nombre d'enfants qui, dans certaines parties de la France, paraît à la charge des départements ; presque toujours on ne compte que ceux qui sont abandonnés, et on néglige de parler de ceux qui sont secourus. Ainsi, dans le Bas-Rhin, 643 enfants figurent seulement au nombre des enfants à la charge du département, tandis qu'il en a 300 autres qui reçoivent des secours dans leur famille.

A l'appui des différentes preuves mathématiques que je viens de fournir, je puis encore ajouter des faits qui justifient que les mesures de réduction et de suppression des tours d'exposition sont aujourd'hui appréciées à leur juste valeur : on peut nier la vérité, mais tôt ou tard elle se fait jour.

Dans le département du Tarn, on avait supprimé deux tours sur quatre ; les résultats de cette mesure furent bientôt connus, aussi fut-elle révoquée en 1832.

Dans la Belgique, le gouvernement hollandais avait supprimé tous les tours d'exposition qui y existaient, à l'instar de ceux de la France ; les réclamations devinrent si pressantes, qu'il fut obligé de les faire rétablir peu de temps après, et ils sont restés ouverts depuis cette époque.

L'intérêt général qui s'est constamment attaché à l'avenir des enfants trouvés a excité de si vives sympathies, que les hommes instruits de tous les pays, de toutes les opinions, semblent s'être entendus pour prendre une part active dans cette grave discussion. Au congrès scientifique ouvert à Poitiers, en septembre 1834, cette question a été présentée en ces termes : *Déterminer quels ont été les résultats de la suppression des tours placés à l'entrée des hospices ; pour recevoir les enfants abandonnés.* Plusieurs séances ont été spécialement consacrées aux développements que nécessitait ce sujet si digne de l'examen et de l'attention des véritables philanthropes ; et, quoique le congrès se soit borné à émettre le vœu que le gouvernement fût invité à recueillir et à publier tous les renseignements propres à éclairer cette question, s'il eût été appelé à lui donner une solution définitive, il a été facile de pressentir quelle aurait été la décision de cette nombreuse et savante assemblée.

Enfin les nouvelles mesures de réduction et de suppression d'hospices-dépôt ont été frappées de reprobation presque partout où elles sont employées, et leurs

(1) Les chiffres de ce tableau sont extraits des documents statistiques sur la France.

partisans les plus dévoués sont devenus leurs plus ardents adversaires. A la page 176 du mémoire de M. le comte de Bondy, on lit que là où les tours d'exposition sont plus nombreux, il y a moins d'enfants trouvés, *et vice versâ*. Il serait absurde, dit-il, de conclure que la multiplicité des tours tend à diminuer le nombre des expositions ; mais, du moins, on peut regarder avec raison comme démontré qu'elle ne l'augmente pas dans une forte proportion, comme on le suppose généralement.

En répétant, avec l'un des honorables membres du conseil général de la Vienne, que les faits sont, dans une question, la partie la plus déterminante, je crois qu'il résulte de tout ce qui précède.

1° Que la suppression ou la réduction des hospices-dépôts est une mesure immorale et inhumaine ;

2° Qu'elle ne peut produire aucune diminution dans le nombre des expositions, et, par conséquent, aucune économie dans les dépenses ;

3° Qu'une année d'expérience n'a que trop constaté ses sinistres effets dans le département de la Vienne ;

4° Enfin, que la révocation de cette mesure devient un devoir envers l'humanité, parce que les conseils généraux ne peuvent pas vouloir spéculer sur la vie de malheureux enfants.

Avant de terminer cette partie la plus importante du travail que je me suis proposé, j'emprunterai à l'un de mes collègues (1) une observation qui, nonobstant les graves inconvénients de la réduction des tours, tend à prouver que cette mesure ne peut procurer aucun avantage pécuniaire soit à l'état, soit aux communes. En effet, dit-il, plus on étend l'espace à parcourir pour arriver à l'hospice de dépôt des enfants, plus on augmente pour la mère les frais de transport. Or, la corruption pénètre plus aisément dans les classes pauvres, qui sont d'ailleurs les plus nombreuses ; aussi, comptent-elles un plus grand nombre de filles-mères et peuplent-elles à elles seules, ou à peu près, les hôpitaux. S'il leur faut envoyer les enfants à 10 et 15 lieues pour les déposer dans un tour d'exposition, leur indigence ne leur permettra pas de fournir à des frais d'autant plus considérables qu'il faut souvent acheter la discrétion des porteurs, afin de tenir caché un événement honteux. Que feront-elles alors ? Pour éviter ces frais et ces embarras, elles les feront déposer dans un lieu public, ou auprès de l'hospice le plus voisin. Dans ce cas, les maires des communes, d'après la loi, sont obligés de constater l'existence des enfants et de les faire porter ensuite à l'hospice qui doit les recevoir. Ces frais de transport sont considérables et restent à la charge des communes. Ainsi donc, en persistant dans la réduction des tours d'arrondissements, ces expositions deviendront à peu près générales, et elles accroîtront considérablement les dépenses.

Dans l'intérêt des pauvres enfants trouvés de la Vienne, il me resterait encore à combattre les quelques assertions hasardées qui ont pu contribuer à la détermination du conseil général, en 1834. Mais, comme j'ai l'intime conviction que ces assertions ne peuvent être attribuées qu'à la vivacité de l'improvisation, je ne les rappellerai point. Quant aux abus dont on a parlé et qui auraient été introduits dans les hospices-dépôts du département de la Vienne, il eût été à propos de les signaler ; car, si réellement des abus ont existé, il était juste d'en imputer le blâme à qui de droit. Pour ce qui concerne l'administration des hôpitaux de Poitiers, je puis certifier que, depuis 1830, elle a porté jusqu'à la rigueur l'observance des instructions relatives à l'exposition des enfants. Plusieurs faits ont été déférés à M. le préfet du département et à M. le procureur du roi de l'arrondissement de Poitiers ; les noms de pères et mères connus leur ont été indiqués ; et, si des poursuites n'ont pas été exercées, il ne faut pas sans doute en accuser ces magistrats, mais bien plutôt la législation qui régit cette matière. Tout récemment encore, le 22 janvier 1835, la nommée*** s'est présentée à l'hôpital général de Poitiers pour y déposer un enfant ; elle était munie d'un procès-verbal (1) délivré à la mairie de***, constatant que cet enfant, inscrit sous les noms de***, avait été trouvé, le 15 janvier 1835 à dix heures du soir, à la porte de la susdite ***. Cette fille, interrogée par l'un des administrateurs des hospices de Poitiers, avoua franchement que cet enfant était le sien, dénia formellement les déclarations insérés au procès-verbal, et affirma avoir dit à M. l'adjoint du maire de *** qu'étant dans l'impossibilité d'allaiter son enfant et ne pouvant pas payer une nourrice, elle le priait de lui procurer les moyens de le soustraire à une mort certaine ; qu'alors M. l'adjoint avait dressé le procès-verbal qu'elle représentait, et qu'en le lui remettant, il lui avait donné l'assurance que, sur la seule exhibition de cette pièce, son enfant serait admis à l'hospice de Poitiers.

La mère étant connue, l'admission de l'enfant fut refusée ; on donna à cette fille quelques secours pour faciliter son retour à son domicile ; elle reprit son enfant, déjà déposé à la crèche, et l'emmena avec elle.

Quelques heures après, ce même enfant fut trouvé au tour, et la mère avait quitté Poitiers.

L'administration s'empressa d'instruire M. le préfet des circonstances de cette exposition, le procès-verbal lui fut envoyé ; mais l'enfant n'en est pas moins resté à la charge du département.

Des abus peuvent donc exister, je suis loin de le nier ; toutefois, il ne faut en rendre responsable que ceux qui les permettent ou les tolèrent, et il serait souverainement injuste d'en accuser ceux qui emploient tous leurs efforts à les détruire. C'est dans un autre ordre de considérations qu'il faut chercher la véritable source du mal : il est sans doute nécessaire d'y apporter de prompts et efficaces remèdes, mais il ne m'appartient pas de les indiquer ici.

Comme ces observations n'ont été rédigées que dans le seul intérêt des enfants du département de la Vienne, j'avais pensé qu'il était au moins inutile de m'occuper des échanges, parce qu'ils avaient été rejetés, à la presque unanimité, par le conseil général de ce département, en 1834. Néanmoins, dans une note insérée au *Moniteur* du 1er mai 1835, il est dit que, dans plusieurs parties de la France, l'échange des enfants trouvés a été opéré avec le plus grand succès, et cet avis officiel me fait présumer la reproduction de cette question dans le cours de la prochaine assemblée des conseils généraux.

(1) M. Auguste Cassany-Mazet, membre de la commission administrative de Villeneuve-sur-Lot.

(1) Ces procès-verbaux sont tous formulés de la même manière ; il sembler ait qu'ils ont été rédigés à l'avance.

Quoique bien persuadé que, dans ce cas, le conseil général de la Vienne persisterait dans sa sage détermination, pour détruire toutes dangereuses illusions, je dois déclarer que cette mesure est tout aussi immorale et tout aussi inhumaine que celle de la suppression des tours d'exposition.

En 1828, ces échanges, aujourd'hui si vantés, ont été essayés dans le département de la Vienne; examinons donc quels ont été leurs résultats. On a prétendu que, dans l'année des échanges, les expositions ont diminué de moitié : les tableaux ci-dessus, nos 1 et 2, sont plus que suffisants pour démontrer l'erreur de cette assertion ; en étudiant ces tableaux, on y trouvera l'historique de la mesure des échanges.

Des mères, il est vrai, reprirent leurs enfants, des nourrices adoptèrent leurs nourrissons, mais bientôt les unes et les autres furent forcées, par la misère, à les exposer de nouveau ; ces enfants rentrèrent donc à la charge du département. Parmi ceux qui furent échangés, il en périt plus de la moitié, soit par la fatigue du voyage ou par le chagrin, suite naturelle d'une séparation inhumaine, soit par défaut de soins ou par faiblesse de constitution. Quant à ceux qui résistèrent à cette mesure toute fiscale, et qui ont été envoyés à la place d'enfants sortis valides des hospices-dépôts de la Vienne, presque tous étaient rachitiques, infirmes ou estropiés ; aussi fut-il impossible de les placer à la campagne ou de les mettre en apprentissage. Cette classe d'enfants forma une nouvelle population qui fut élevée à la charge exclusive de l'hospice de Poitiers, sans qu'on pût la faire participer à la réparation des fonds alloués dans les budgets départementaux, pour les mois de nourrice et pensions. C'est ainsi que les échanges contribuèrent à augmenter la misère qui, plus tard, accabla les hôpitaux. Voilà quels furent les résultats de l'échange de 1828.

Au conseil général de la Vienne, en 1834, on a dit que toutes les considérations de morale, d'équité et de bonne administration, se réunissaient pour repousser cette mesure, parce qu'elle s'opposait à la reconnaissance et à l'adoption des enfans naturels ; j'ajouterai que ces échanges, que l'on voudrait présenter aujourd'hui comme salutaires et avantageux, ne sont réellement que des mesures d'exil et de mort.

Si j'avais à traiter la question financière, je dirais que l'existence des enfants trouvés est encore compromise par l'insuffisance des allocations fixées pour ce service, par les conseils généraux. En effet, le moindre retard, la plus légère interruption dans les paiemens, répand l'inquiétude parmi les nourrices qui, privées de recevoir à jour fixe, leur juste salaire, ne sont que trop disposées à renvoyer leurs nourrissons au dépôt, et les suites de cet abandon sont souvent mortelles. Puisque le chiffre de ces dépenses est à peu près connu, pourquoi ne sert-il donc pas de base aux allocations? Faudra-t-il toujours que les hôpitaux soient forcés de compléter les paiemens des mois de nourrice, sur des fonds qui ont une toute autre destination et dont le remboursement tardif met de si fréquens obstacles à la marche de l'administration? Je dirais aussi qu'il est temps de s'entendre sur l'interprétation des mots *dépenses intérieures;* la loi les définit, cela devrait suffire. Ces dépenses qui, *seules*, sont à la charge exclusive des hospices dépositaires, se composent des layettes et *vêtures* à fournir aux enfants trouvés ou abandonnés, et des frais d'entretien de ces enfants *dans les hospices, soit avant leur départ pour la campagne, ou avant leur mise en apprentissage ; soit lorsque, n'ayant pu rester en apprentissage, ils reviennent dans les hospices.* Il résulte bien clairement de cette définition, extraite des instructions générales, que toutes les dépenses dites intérieures, *cessent* du moment où les enfants sont sortis des hôpitaux ; elles sont donc naturellement variables, et, de même que personne n'a le droit de les déterminer, de même aussi aucune commission administrative ne peut s'y soustraire. Telle est, du reste, l'opinion de M. le ministre de l'intérieur qui, dans une lettre adressée, le 15 décembre 1834, à M. le préfet de la Vienne, relativement à une réclamation contre une somme de 15,000 francs, mise par le conseil général à la charge des hospices comme dépenses intérieures, dit positivement que *ni lui, ni le conseil général, n'a le droit de s'occuper de cette sorte de dépenses.*

En commençant ces observations, j'ai dit qu'une population forte et vigoureuse constituait la richesse d'une nation, et que le nombre de ses habitans ne pouvait jamais être trop considérable, tant que le sol pouvait les nourrir. Si cette vérité n'est pas contestée, la société entière se trouve intéressée à la conservation des enfants trouvés, qui forment une partie de cette population. Aussi la loi du 30 ventose an v (20 mars 1797), loi éminemment tutélaire et paternelle, démontre la haute importance que, dans tous les temps, on a attachée au bien-être des enfants trouvés. Par ses articles 8 et 15, elle veut qu'une indemnité de 18 francs soit accordée pendant les neuf premiers mois de la vie des enfants, comme une récompense due aux bons soins des nourrices ; elle veut, de plus, que tous ceux qui auront conservé des enfants jusqu'à l'âge de 12 ans et qui les auront préservés d'accidens, reçoivent, à cette époque, une autre indemnité de 50 fr. Pourquoi ces dispositions aussi sages que salutaires, et qui n'ont d'autre but que d'exciter une heureuse émulation, n'ont-elles pas toujours été exécutées? quels sont donc les motifs qui ont pu engager à s'en affranchir? Néanmoins, il est des départements où ces bienfaisantes intentions sont encore respectées : entre autres je citerai le Jura, le Haut-Rhin et la Meuse, où une prime de 50 francs est accordée ; dans l'Aube et dans le Loiret, les indemnités de 18 et de 50 francs y sont toujours allouées; et enfin, dans le Pas-de-Calais, deux primes de 50 francs y sont établies. Si tous les départements de la France imitaient de tels exemples, nous n'aurions pas si souvent à gémir sur la hâtive mortalité d'enfants qui pouvaient devenir des citoyens utiles. D'Alembert n'est-il pas sorti de cette classe d'infortunés que l'on semble vouloir proscrire aujourd'hui.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

FÉVRIER 1837.

N° 3. — 28 FÉVRIER.

De l'influence du geste sur la phonation et de son utilité dans le traitement du bégaiement et du bredouillement.

Les moralistes et les physiologistes ont étudié les gestes dans leurs rapports avec l'expression de la pensée. Ils n'ont vu en général dans cette synergie mobile que des mouvements divers, n'ayant d'autre but que d'exprimer nos sentiments, de les rendre plus sensibles, de peindre et de figurer les objets de nos idées. Le geste était une langue d'action, un signe manifestatif de la pensée, et pas plus.

Des observations faites il y a quelques années, et poursuivies avec une persévérance extrême, ont apprécié leur effet sur la phonation ou l'émission des sons destinés à faire comprendre à nos semblables nos sentiments et nos pensées.

Ce sujet est plus important qu'on ne pourrait le croire au premier aperçu ; j'en ai depuis plusieurs années fait l'objet de mes méditations, et c'est le résultat de mes réflexions et de mon expérience personnelle que je viens exposer ici. Les principes que je vais poser, les conséquences que j'en tirerai sont de nature à être bien compris de tous ; car chaque jour, à chaque instant, chacun pourra, d'une part, apprécier l'utilité des gestes dans la phonation, en général, et de l'autre, mesurer tout le parti avantageux qu'on peut en tirer dans le bégaiement et le bredouillement. Avant d'aborder la question thérapeutique, entrons dans quelques développements nécessaires.

Quoique beaucoup d'*idées*, beaucoup de *sentiments*, puissent être exprimés par des gestes, il n'en est pas moins prouvé pour moi que la plupart du temps ils forment des contresens ridicules, en ce qu'ils ne laissent deviner aucun rapport entre eux et notre pensée ; et on en voit au contraire de si nombreux s'établir entre les mouvements des organes de la *parole* et ceux des bras par exemple, qu'au premier abord on est tenté de les regarder comme les seuls émissaires des sons. Ils sont dans ce cas si nécessaires, que l'instinct ne cesse de les invoquer et de les utiliser pour la phonation ; et c'est à la sollicitation de cet instinct, que le bras s'agite pour modifier et régler la sortie des sons et des articulations.

Des observations faites chez des hommes de condition et de capacité différentes, chez les orateurs les plus distingués, chez les prédicateurs, les professeurs, chez tous les hommes avec lesquels j'ai été en rapport, méritent d'être signalées : On voit chez les uns une gesticulation régulière, vigoureuse et piquante, et chez d'autres, une gesticulation irrégulière, faible et pénible. Chez les premiers la gesticulation est purement phonétique, ou à peu près, ce dont on peut bientôt s'assurer, car en observant un orateur, tant soit peu chaleureux, voici ce qu'on remarque : la voix est ferme, sûre, le geste est sa compagne, son soutien. Au commencement de chaque phrase, l'orateur imprime à son bras une secousse proportionnée à l'intensité du son qu'il veut émettre ; plus tard, il en imprime deux, puis trois, et enfin la sortie de chaque syllabe elle-même est précédée d'une forte secousse imprimée aux deux mains ou à un seul doigt, selon l'importance de la pensée ; enfin, on remarquera en général que les syllabes sont séparées par des espaces *exactement égaux*. Sans contester les autres avantages des gestes, on ne peut méconnaître leur influence sur la netteté et la régularité de la phonation. Une secousse pour chaque phrase, une secousse pour chaque syllabe, sert ordinairement davantage à fortifier le son que la pensée, au moins directement ; et indirectement, elle agit sur l'orateur, en faisant retentir dans ses oreilles des sons parfaitement en rapport avec son diapazon intellectuel.

Sans cette gesticulation bien entendue, qu'il faut ne pas pousser à l'excès, certains orateurs cesseraient de l'être : alors plus de netteté dans la voix, gêne et paresse dans les muscles modificateurs des sons. Voilà une classe d'hommes chez lesquels les gestes ont un caractère incontestable de phonicité.

Mais il en est d'autres à tempérament semblable, à mobilité prodigieuse de la fibre et de la pensée, dont la gesticulation est irrégulière, faible et assommante ; cette gesticulation, tout en imprimant à la voix ces tristes caractères, finit par tourner au profit de la manifestation de la pensée, ordinairement mal servie alors, par les organes phonateurs, dont le désordre est digne d'être observé : chez ceux-ci comme chez l'homme qui bredouille, comme chez celui qui bégaie, il ne faut qu'un modérateur vocal, et ce modérateur, c'est le geste régulier. Sans lui la voix est tremblottante, monotone, saccadée, confuse et faible.

Les hommes graves, froids, ne font pas, en général, de gestes, parce que leur voix conserve toujours le même degré d'intensité ; parce qu'ils pensent plus len-

tement, qu'ils sentent moins vivement; mais s'ils veulent élever la voix, donner plus d'expression à leur pensée, il faut qu'ils invoquent le geste. Ce que les personnes dont nous parlons offrent de remarquable, c'est que leur physionomie est peu impressionnable. On peut en juger par les prédicateurs protestants.

Mais aux hommes vifs, chauds, à pensées actives, aux orateurs passionnés, il faut un modérateur vocal. Ce modérateur c'est le geste.

Dans la conversation, la lecture, l'air sort du poumon d'une manière douce et tranquille.

Dans le chant il y a des inspirations plus fortes, les muscles inspirateurs et expirateurs sont soumis alors à un jeu très-étendu.

De là l'inutilité des gestes chez les chanteurs; les muscles inspirateurs, intercostaux, etc., agissent directement; le poumon lui-même est très-actif.

De là l'utilité des gestes chez l'homme qui veut parler. Les inspirations ont lieu par un mécanisme différent; s'il veut émettre des sons purs et énergiques, il faut prêter secours aux muscles inspirateurs, ou plutôt provoquer la sortie de l'air d'une manière médiate, à l'aide du bras et autres parties du corps qui ont des connexions musculaires, étroites avec le thorax.

Je citerai comme un exemple frappant de l'influence des mouvements des membres, surtout supérieurs, sur la production des sons, le cri perdant et involontaire que poussent les boulangers et les refendeurs de bois, en accomplissant leur pénible tâche. Je signalerai également une expérience qui la rend plus évidente encore: que l'on produise un son soutenu, et qu'en même temps on imprime au bras un mouvement très-brusque, ce son se renforce et diminue aussitôt pour se renforcer encore à l'occasion d'une nouvelle secousse. Séraphin, pour donner à ses automates un air de vérité et de vie, ne leur fait exécuter aucun geste d'expression, parce que, de leur nature, ils sont compliqués et difficiles; la gesticulation est toute phonétique: elle marche avec les syllabes, conserve avec elles des rapports étroits d'intensité; l'illusion tient uniquement à cette circonstance. La voix des automates, comme celle de certains orateurs, paraît sortir du bout du doigt, comme un orchestre entier semble sortir de la baguette de son chef; cette baguette magique, lorsqu'elle est bien dirigée, au lieu de battre une mesure régulière et monotone; elle chante, elle enlève le musicien le plus froid, et lui donne de l'âme.

Il suit de ce qui précède que la première condition pour une phonation convenable est l'usage bien entendu du geste, qui, régularisant l'articulation des sons en plaçant un intervalle égal entre chaque syllabe, facilite et régularise aussi la pensée.

Si ces principes s'appliquent à tous les hommes appelés à parler en public, ils s'appliquent bien plus spécialement aux bredouilleurs et aux bègues chez lesquels on retrouve un désordre complet dans la phonation.

L'on doit admettre trois espèces de gestes :

Le geste d'expression.
Le geste de phonation.
Le geste de régularisation.

L'homme qui ne se sert que des gestes d'expressions est un véritable déclamateur, il ne parle pas, il déclame. Il faut principalement, pour bien parler, insister sur la gesticulation phonétique. Le geste régulateur est surtout indispensable pour le bredouilleur et le bègue; c'est un balancier, au moyen duquel ils s'accoutumeront à ne donner à l'émission de chaque syllabe qu'un temps égal. Les mouvements du bras et du corps pourront plus tard être remplacés par l'intelligence. D'autres conditions indispensables pour la cure du bégaiement sont *l'articulation forcée, une volonté ferme et la persévérance*. Donnons quelques développements à ces principes de thérapeutique.

1° *Mettre un intervalle égal entre chaque syllabe*; c'est un fait que le bègue et le bredouilleur ne doivent jamais perdre de vue. Chaque son, chaque syllabe doit occuper un temps subordonné à la rapidité de la phonation, leur rapport doit être constamment le même; dans le cas contraire, il y a bredouillement et bégaiement.

2° Pour que l'émission des sons ss fasse d'une manière pure, il faut lutter contre la paresse des muscles faciaux, chargés de leur modification; ils doivent étendre leur mouvements autant que possible. Les parties, qui se sont éloignées d'une manière *rapide et ferme*, ont moins de disposition à se réunir involontairement pour produire les tremblements et spasmes, si fatigants pour les personnes qui entendent parler les bredouilleurs et les bègues. Ceux-ci se trouvent habituellement dans une position semblable à celle où l'on est lorsque le froid paralyse l'action des lèvres: l'homme au verbe facile se trouve alors dans l'impossibilité de les mouvoir, et il bredouille, et il bégaie; il lui faut un haut degré de volonté morale pour surmonter cette paresse et imprimer des mouvements assez larges pour que le son soit convenablement articulé. C'est là ce que j'appelle *l'articulation forcée*.

3° Pour rendre la sortie des voyelles et des syllabes régulière, et pour que celles-ci n'absorbent que le temps qu'elles doivent durer, un régulateur est nécessaire. C'est dans ce but que l'instinct fait exécuter au corps des mouvements d'une très-grande régularité.

4° Enfin le geste, tout en servant et contribuant à régulariser la phonation, sert à donner à la voix le degré d'intensité nécessaire pour se mettre en harmonie avec l'idée; il détermine le courant d'air à se former dans le tube aérien, et déplace les obstacles que ce courant rencontre sur son passage à la glotte, sur la langue et entre les lèvres.

C'est en observant ces principes, c'est en les mettant en pratique d'une manière continue, que je suis parvenu à guérir plusieurs bègues et à me guérir moi-même. Et quand je dis *guérir*, j'entends que je les ai mis, ainsi que moi, dans la possibilité de ne pas bégayer, de ne pas bredouiller. Car il faut le proclamer, et j'ai mission pour cela par mes études spéciales et après tant d'années d'efforts sans relâche: toutes les guérisons *radicales* de bégaiement dont on a fait tant de bruit sont toutes contestables à mes yeux, pour ne pas dire plus. Il m'est aujourd'hui impossible de bégayer, lorsque ma volonté est de ne pas bégayer; mais si je cesse un instant d'avoir présent à ma mémoire les principes de la méthode, je retombe dans mon ancienne difficulté de parler, qu'un effort volontaire fait aussi cesser instantanément. Je le répète donc très-haut; des expériences faites sur moi-même et sur les bègues que j'ai traités, il résulte que la cure radicale du bégaiement est presque impossible; le sujet porte en lui une disposition permanente à bégayer, d'autant moins impérieuse ce-

pendant, qu'on aura acquis l'habitude de lutter contre elle, car toutes les méthodes connues pour guérir le bégaiement se réduisent à doter les bègues de la faculté de ne pas bégayer ; mais l'exercice de cette faculté exige un haut degré de force morale, *de volonté,* dont les bègues sont ordinairement dépourvus. Tous ont un vif désir de guérir, et pas un n'en a la volonté, si ce n'est les sept à huit premiers jours.

Le bredouillement et le bégaiement sont le fait d'une mauvaise habitude, d'une disposition vicieuse enracinée, et il y a de l'analogie entre ces deux infirmités et la paresse naturelle : le paresseux voudrait travailler ; mais ses efforts sont interrompus, ils sont sans continuité et ils sont nuls ; le bègue désire guérir et ne peut obtenir cet avantage parce que ses efforts sont aussi sans continuité. C'est une mauvaise habitude de désordre vocal à remplacer par une habitude d'ordre que le temps et une ferme volonté peuvent seuls établir.

En une ou deux séances on met un bègue en position de ne plus bégayer en lisant ; il faut un apprentissage de toute la vie pour ne pas bégayer en parlant. La raison de cette différence vient de celle qui existe entre la parole et la lecture ; le travail intellectuel étant peu important dans la lecture, le sujet peut donner une partie de son attention aux principes de la méthode. La construction d'une phrase, le choix des mots propres, l'embarras de développer une idée, la raideur des muscles phonateurs, toutes ces difficultés absorbent suffisamment les bègues ; une préoccupation de plus est ordinairement au-dessus de leur force. Cependant il faut bien se persuader qu'on neutralise le bégaiement par l'application constante de la méthode que je viens de développer. Elle doit toujours être présente à la pensée. C'est dans cette *fixité d'idée* que se trouve la grande pierre d'achoppement.

En m'occupant du traitement du bégaiement, en enseignant aux autres les principes de cette méthode, j'ai fait plus de progrès que mes nombreux élèves ; en ma présence leur infirmité était peu de chose, et hors de ma surveillance, ils ont bégayé, comme par le passé, excepté pour la lecture. *La gesticulation, l'articulation forcée, la régularisation des espaces phonétiques*, ont été pour moi un objet constant d'étude et de méditation ; un long exercice, une grande habitude, m'ont mis à même de me passer de la gesticulation, et dans le cas où elle devient nécessaire, je l'emploie sans qu'on se doute du motif qui m'y oblige.

En résumé, l'ordre dans l'apparition des sons est indispensable pour une bonne phonation ; pour l'établir, il faut un régulateur physique ; et en régularisant la phonation, on régularise aussi la pensée. Quand on est habile, le régulateur est dans l'intelligence, comme pour le musicien exercé, capable d'exécuter un morceau de musique sans battre monotoniquement la mesure avec le pied ; enfin, les mouvements des muscles articulateurs doivent être amples, larges, et présenter de la fermeté. Telle est la méthode que le bègue doit constamment mettre en pratique, et dont il ne tirera un fruit durable que par une action incessante de sa volonté.

SERRE (d'Alais).

Du danger des émissions de sang dans certaines affections nerveuses de la vue.

Il n'y a peut-être pas de profession qui soit plus en contact que la nôtre avec les mœurs, les dangereuses pratiques et les préjugés du vulgaire. Quel est le médecin qui ne s'est vu cent fois arrêté, contrarié par la médecine de ceux qui ne sont pas médecins ? Qui n'ait été obligé de lutter avec prudence, avec adresse contre les propositions absurdes qu'il entend émettre chaque jour sur ses malades ? C'est là un des graves inconvénients de l'exercice de notre art, parce que l'homme instruit est forcé de combattre l'ignorant, toujours persuadé qu'il y a des remèdes pour chaque maladie, tandis qu'en réalité, il n'y a que des méthodes de traitement basées sur les indications.

Cependant il ne faudrait pas pousser trop loin ce dédain des préjugés du vulgaire. Il y a dans ces préjugés un fond de bon sens, d'expérience qui mérite de fixer l'attention du praticien ; c'est donc à lui à faire le *départ* du vrai et du faux, du bon et de l'absurde ; il trouvera quelquefois qu'en dernière analyse et en passant ces préjugés au crible de la science, il peut en tirer des renseignements utiles et des observations importantes. Par exemple, il est un préjugé fort accrédité dans le peuple, c'est que la saignée est nuisible à la vue, surtout la première. Il n'est pas rare de voir certaines personnes refuser de se laisser saigner par ce motif. Eh bien ! remontez à la racine de ce préjugé, examinez bien s'il est fondé ou non ; vous trouverez comme toujours, qu'il est absurde, considéré d'une manière absolue ; mais qu'il contient quelque chose de vrai, si l'on a égard à certaines circonstances, à certaines affections et surtout à certains individus.

Quelles sont ces affections ? Celles du système nerveux de l'œil. Quels sont ces individus ? Ceux qui sont faibles, délicats, irritables, qui digèrent mal, qui ont peu de sang, peu de fibrine, peu de muscles, bien plus encore, s'ils sont âgés, fatigués par des chagrins et de longs travaux, tout cela est fort important à distinguer, car le mode de traitement en dépend entièrement. Il y a un an, environ, qu'on m'amena d'une petite ville du département de l'Eure, une jeune fille frappée d'amaurose. Cette malade, âgée de 26 ans, était d'une constitution éminemment pléthorique et vigoureuse, ses menstrues coulaient peu, chaque fois qu'elle se baissait, elle éprouvait des vertiges, des étourdissements et une pesanteur de tête qui durait plusieurs minutes. Certes, rien de plus évident que les accidents étaient déterminés par une forte congestion sanguine cérébrale ; aussi j'insistai sur les émissions de sang. De fortes saignées furent pratiquées aux bras et aux pieds, on appliqua un grand nombre de sangsues à l'anus et à la vulve ; la malade fut soumise à un régime très-sévère, et la vue se rétablit au bout de plusieurs mois. Quelque temps après il y eut une rechute ; mais comme elle était le résultat de la même cause, on eut recours aux mêmes moyens thérapeutiques et toujours avec le même succès. Un pareil fait, je puis l'affirmer, est extrêmement rare, au moins d'une manière aussi tranchée, aussi formelle. Dans le plus grand nombre des cas, c'est-à-dire dans les affections nerveuses de l'œil, comme l'amaurose asthénique, l'amblyopie, la mydriase, l'ophthalmodynie, etc.,

on peut assurer que les émissions de sang sont nuisibles, que la force visuelle diminue rapidement par leur emploi répété, sans que jamais elle remonte à son premier degré d'énergie, lors même que la guérison a lieu, surtout si le sujet est dans les conditions dont j'ai parlé précédemment. Ce principe de pathologie et de thérapeutique est appuyé sur un grand nombre de faits que fournit la pratique, mais qu'on n'a observé jusqu'ici que très-superficiellement. J'en citerai ici quelques-uns pour prouver la circonspection avec laquelle il faut recourir aux émissions de sang quand la vue est faible, délicate et le sujet très-nerveux. M. de V....., âgé de 48 ans, maigre, irritable, ayant la vue assez bonne, mais faible, ne pouvant l'appliquer longtemps, fut atteint d'une gastro-entérite, qui, sans être compliquée, se présenta d'abord sous une forme assez grave; on fit appliquer quinze sangsues à l'anus. Mais soit par inadvertance, soit par toute autre cause, le malade s'étant endormi, le sang coula pendant plus de trois heures; en sorte que l'émission de sang qui devait être modérée, d'après l'indication, fut au contraire excessive. On finit par arrêter l'hémorrhagie; mais le malade était, à la lettre, presque frappé de cécité; les pupilles dilatées, un nuage confus ne permettant pas de discerner les objets, annonçaient évidemment une forte atteinte à la sensibilité de de l'organe de la vue. Peu à peu le malade se remit, les forces se rétablirent, la vue même reprit une certaine énergie; mais elle ne revint jamais au point où elle était avant l'accident dont j'ai parlé; il y a maintenant plus de onze ans, il est donc probable que la force visuelle ne se retablira jamais entièrement.

Voici maintenant un fait qui a plus directement rapport avec la pathologie oculaire. Une jeune fille de 16 ans, fut atteinte d'une amaurose incomplète : cette affection avait commencé par la dyplopie, la malade était d'une faible complexion, pâle, presque chlorotique. Un médecin fut consulté, et comme le physiologisme était alors à son apogée, qu'il n'était question que de pourchasser l'irritation dans chaque organe malade, ce médecin prescrivit une forte application de sangsues aux régions mastoïdiennes. Le sang coulait encore, que la maladie avait déjà fait un progrès remarquable et que la vue s'était affaiblie; mais le médecin ne voyant dans cette circonstance qu'un surcroît d'irritation dans les nerfs optiques, prescrivit une seconde application de sangsues, et cette fois, à l'anus; la perte de sang, sans être considérable, fut cependant telle que la malade éprouva une syncope et la vue s'éteignit presque entièrement. Quelques moyens très-rationnels qu'on ait employés dans la suite, rien n'a pu rétablir la sensibilité oculaire, les pupilles restèrent immobiles, et c'est à peine si à la grande clarté du jour, la malade peut distinguer quelques objets d'une forte dimension. Enfin, voici un fait pris dans d'autres circonstance : M. de Ch...., âgé de 60 ans, doné d'une constitution saine, mais frêle, délicate, irritable, s'aperçut que sa vue s'affaiblissait, mais d'une manière lente et presque insensible. A l'examen des yeux, on ne trouvait aucune altération de structure, seulement les pupilles étaient contractées, et la paresse de leurs mouvements sous l'influence d'une lumière même assez vive, annonçait que la sensibilité de la rétine se trouvait dans un état assez avancé de débilité. Du reste, aucune douleur, ni dans l'œil, ni dans le pourtour orbitaire, lors même que les rayons du soleil venaient frapper l'organe d'une manière plus ou moins directe, c'était là un de ces cas qu'on rencontre si souvent chez les vieillards, la vue était usée et demandait plus de ménagements que de remèdes; malheureusement il n'en fut pas ainsi : comme le malade éprouvait quelques maux de tête assez vagues, on lui conseilla de se faire saigner pour éviter une attaque d'apoplexie; on pratiqua donc une saignée du bras, et l'on fit à différents intervalles deux applications de sangsues à l'anus; mais le résultat fut qu'à chaque émission de sang, la vue *baissait* selon l'expression du malade, dans une proportion effrayante, elle finit même par s'éteindre tout à fait sans qu'on ait jamais observé de lésion organique de l'œil, autre que celle dont j'ai parlé, c'est-à-dire, la contraction spasmodique, puis la difficulté des mouvements et finalement l'immobilité des pupilles.

Je n'ai rapporté que ces trois observations à l'appui de ma proposition, mais combien en aurais-je pu citer d'autres analogues, puisées dans ma pratique ou dans des recueils d'observations médicales. Il ne faut pas croire que dans les conditions pathologiques et individuelles dont j'ai parlé, il n'y ait que les fortes émissions de sang qui entraînent la perte de la vue; elles accélèrent cette funeste terminaison, mais les applications de sangsues, les ventouses scarifiées qui donnent beaucoup de sang, contribuent également à affaiblir la force visuelle dans des affections nerveuses oculaires qui ont un caractère asthénique; j'ai même vu un séton, conseillé par un chirurgien distingué, amener ce funeste résultat. Il est vrai d'une part, que le malade était faible et nerveux, ayant le cou grêle, la poitrine peu développée, caractères d'une constitution délicate; de l'autre que la perte de sang produite par l'instrument, fut considérable, ce qui arrive souvent chez les individus très-nerveux, dont le sang est ordinairement peu consistant, peu riche en fibrine et en principes nutritifs.

Ce que je viens de dire peut servir à donner une explication des faits pathologiques dont il s'agit, autant du moins qu'il est permis d'expliquer quelque chose en médecine. Il est certain, comme on le disait autrefois, que le sang est le modérateur des nerfs, et que plus on perd de ce fluide, plus le système nerveux devient faible, irritable, disposé aux spasmes et aux convulsions: voilà du moins ce que l'expérience la plus positive constate chaque jour dans la pratique de l'art. Or, comme l'organe de la vue est de tous ceux de l'économie celui dont la sensibilité est la plus exquise, la plus immédiatement en rapport avec le cerveau, source et principe de toute sensibilité, faut-il donc s'étonner si les émissions de sang intempestives et surtout disproportionnées à l'état des forces individuelles, affaiblissent d'une manière parfois radicale la force de l'organe visuel. Mais quelque plausible que soit cette explication, elle ne serait pourtant qu'une hypothèse, si tous les faits ne concordaient à en démontrer la vérité, et il est impossible de former à cet égard des doutes fondés. Une chose bien plus difficile à expliquer, c'est qu'à moins que le sujet ne soit encore jeune et que la perte de sang ait été peu considérable, la vue ne reprend jamais le degré d'énergie qu'elle avait avant qu'on l'eût affaiblie par des saignées, l'individu eût-il d'ailleurs repris l'état primitif de ses forces. Voilà ce que j'ai vu nombre de fois et ce que verront également tous ceux qui, sans prévention systématique, observeront les affections nerveuses de l'œil. Au reste, la plupart des

grands praticiens basent leurs règles de traitement en conséquence des résultats qu'ils ont observés et conformes à ceux dont nous venons de parler. Ainsi dans l'amaurose, l'illustre Scarpa débutait presque toujours par des émétiques plus ou moins répétés sans craindre que leur action ne déterminât des raptus de sang à la tête, puis il conseillait de passer à l'emploi des purgatifs et des antispasmodiques, traitement très rationnel et dont les résultats sont toujours avantageux si le mal est curable, c'est-à-dire, s'il n'est pas le produit d'une lésion organique cérébrale ou oculaire au-dessus des ressources de notre art. Ainsi les purgatifs répétés, les révulsifs plus ou moins actifs et prononcés sur les différentes parties du corps, les exutoires dont l'action est plus ou moins prolongée, les antispasmodiques selon l'occurrence, l'emploi de la strychnine, du galvanisme, les stimulants appliqués sur l'organe même, tels sont les moyens les plus convenables et sur lesquels on peut fonder quelque espérance de guérison. Tirons donc de ce qui vient d'être dit, les conséquences suivantes :

1° Que les émissions de sang sont nuisibles dans les affections nerveuses asthéniques des yeux.

2° Que le danger de ces émissions est en raison directe de la faiblesse et de l'irritabilité de l'individu.

3° Enfin que leur résultat est plus funeste encore si le malade est âgé, éminemment nerveux, si l'obscurcissement de la vue a été amené lentement, graduellement et sans lésion organique, au moins appréciable à l'investigation du praticien.

Un mot sur l'administration du copahu. — Accidents graves survenus après deux doses ordinaires de cette substance.

Rien de plus simple en général que l'administration du copahu : rien de moins inquiétant que les effets ordinaires de doses mêmes un peu élevées de cette résine ; qu'on la fasse prendre par la bouche sous forme d'émulsion ou de bols solidifiés par la farine de froment ou par la magnésie, qu'on l'administre pure et tout simplement à la cuiller, ou bien enfin qu'on la prescrive en lavements avec de l'eau et un jaune d'œuf, pour intermède, rien de mieux déterminé à l'avance, de plus prévu que ses effets ; l'usage en est si vulgaire et presque toujours si inoffensif qu'il réclame à peine l'intervention du médecin (1). Tout ce qui en résulte c'est que le mal auquel on oppose le copahu est presque toujours enrayé, sans qu'il se soit rien développé d'alarmant, et si le succès n'est pas complet on peut revenir au remède sans aucune inquiétude. Tout au plus, voit on survenir, quand on force les doses, un peu de gêne, de douleur et de tension à l'épigastre ; des rapports d'une odeur désagréable, des coliques peu intenses suivies d'évacuations alvines liquides et fortement imprégnées d'odeur de copahu ; une éruption rosée fugace sur différentes parties du corps et enfin quelques sensations désagréables vers le col de la vessie et dans le trajet de l'urètre. Si les accidents vont plus loin, ce qui est rare, ils expriment simplement une irritation un peu vive de la muqueuse gastro-intestinale. A cet égard, tous les praticiens ont constaté la valeur et les effets du copahu ; tous pourraient citer des cas nombreux où les choses se sont ainsi passées sous leurs yeux ; j'en ai vu moi-même un fort grand nombre ; aussi j'avoue que je fus fort surpris quand j'observai celui dont je vais entretenir le lecteur et qui me présenta, comme produits par le copahu, des phénomènes bien autres et bien plus graves que ceux auxquels l'expérience m'avait habitué. Ces accidents extraordinaires ont succédé de si près à une potion de Chopart et à un lavement avec 4 gros de copahu ; les autres agents médicamenteux employés en même temps étaient si innocents, qu'il me paraît difficile de ne pas faire remonter au copahu la responsabilité du mal dont notre sujet a failli être victime. Il suffira, je pense, pour faire partager au lecteur mon étonnement et ma conviction, de rapporter les détails les plus importants de cette observation qui a été recueillie avec beaucoup de soin par MM. Fournet et Sainte Colombe, élèves attachés au service de la Pitié, que je dirigeais alors par intérim.

Le nommé Hérode Ambroise, âgé de 25 ans, tailleur, est entré à la Pitié le 13 août 1836. C'est un garçon d'une constitution médiocrement forte, d'une intelligence peu développée, qui a toujours été bien portant, qui n'a jamais eu ni maux de tête, ni éblouissements, ni tintement d'oreilles, ni picottements dans les membres, ni paralysie, ni convulsions, jusqu'il y a trois mois. A cette époque, il contracta une blennorrhagie uréthrale, pour laquelle il alla consulter un charlatan célèbre par ses affiches. Au bout de huit jours du traitement qu'on lui fit suivre, il fut pris d'envie de vomir, puis de vomissements continuels le jour et la nuit. Huit jours après, éblouissements, étourdissements, maux de tête, et en même temps chaleur brûlante dans tout le trajet de l'œsophage ; puis quelquefois, à trois ou quatre reprises, plus rarement une seule fois dans la journée, légères convulsions. Le malade n'en persista pas moins dans son traitement ; et à la fin de juillet la gonorrhée avait disparu, mais les autres accidents s'étaient fort augmentés. Malaise général, sentiment de courbature qui empêchait le sujet de se livrer au travail, perte complète de l'appétit, oppression, voilà l'état dans lequel il se trouva pendant treize jours, au bout desquels il se décida à entrer à l'hôpital, où il fut couché salle Saint-Léon, n° 20.

Là, Hérode ne se plaignit d'abord que de difficulté à respirer. L'auscultation fit connaître, en arrière, à droite, une gêne et une diminution de l'expiration et de l'inspiration ; la percussion indiquant moins de sonorité vers le même point, on conclut qu'il y existait une congestion pulmonaire. On prescrivit une saignée de cinq palettes ; le malade fut mieux, et un simple traitement adoucissant suffit pour le soulager notablement et pour dissiper le léger état fébrile qu'il présentait à son entré à l'hôpital. Guéri du côté de la poitrine, Hérode se plaignit alors du retour de son écoulement blennorrhagique. On lui administra la potion de Chopart ; il en éprouva des vomissements et un assez vif endolorissement de la région épigastrique et de l'abdomen ; ce qui fit que, le 22 août, on supprima la potion, et on prescrivit 4 gros de copahu en lavement. Le malade, qui n'avait pas eu de selle depuis

---

(1) J'ai dans ce moment un exemple remarquable de l'innocuité du copahu chez un malade de 25 ans, qui prend tous les soirs, depuis douze jours, une once de cette résine en lavement. (*N. du R.*)

fort longtemps, se présente deux fois à la garde-robe, à la suite de son lavement, éprouve beaucoup de ténesme et ne rend presque rien. Pâleur et expression de souffrance de la face, grand malaise intérieur, accablement moral, gémissements, endolorissement du ventre, coliques, envie de vomir et quelquefois vomissements; sensibilité générale exaltée; le sujet se plaint comme s'il était très-gravement malade; il porte fréquemment la main à l'épigastre, et pourtant le ventre est peu douloureux au toucher; la respiration est fréquente et gênée, mais ne présente rien d'anormal à l'auscultation.

Dans la nuit du 23 au 24, agitation extrême, anxiété générale, face terrifiée, dyspnée et étouffement très-marqués, petites crises convulsives, qui inquiètent assez la sœur et les infirmiers pour qu'on aille chercher l'élève interne de garde.

Le 24 août, au matin, nous trouvons le malade dans l'état suivant : face très-pâle, grippée, exprimant une anxiété et une souffrance nerveuse très-vives, douleur assez légère à l'épigastre, endolorissement peu marqué de la région sous-épigastrique et de celle du ventre; le malade y accuse un sentiment profond de gêne et de malaise; on n'y sent aucune tumeur; quelques envies de vomir, sans résultat; refroidissement des extrémités, perçu même par le malade; peau désagréable au toucher, très-peu moite; pouls remarquable par sa petitesse, sa résistance médiocre, offrant peu de fréquence. Le malade s'est présenté plusieurs fois à la garde-robe, et avec beaucoup de ténesme, a rendu à peine un peu de matière. Au moment même de la visite, il est pris d'une de ces crises qui l'ont agité la nuit, et nous observons : décubitus sur le côté droit, paupières fermées par une contraction fixe, lèvres fortement contractées et fermant ainsi la bouche; la plupart des muscles de la face éprouvent la même contraction qui rend les traits saillants, et donne au visage une expression toute particulière; on aperçoit très-bien, sous la peau de la face, le tremblottement fébrillaire, qui est le résultat du mode de contraction qui vient d'être indiqué. Si on écarte les paupières, on trouve les pupilles dilatées fortement et d'une manière permanente, regard fixe en avant. Aucune déviation de la face ni de la langue, que le malade sort très-bien. L'intelligence est parfaite : il comprend ce qu'on lui dit, et répond par monosyllabes; on s'assure par l'expérience que tous les sens sont intacts. Contraction convulsive et fixe ensuite des muscles qui meuvent la main et les doigts, de telle sorte que les doigts sont maintenus dans un état d'extension fixe pour la plupart, et de flexion fixe pour quelques-uns. Les membres supérieurs et inférieurs ont, au commencement de cette crise, éprouvé quelques mouvements convulsifs. Aucune trace de paralysie, ni de la sensibilité, ni du mouvement : le malade ne témoigne aucune douleur nulle part; on le fait mettre sur son séant, on lui percute assez fortement les apophyses épineuses des vertèbres cervicales et premières dorsales, et il ne témoigne aucune douleur. Point d'écume à la bouche; il ne profère aucun son. Difficulté extrême dans la respiration, qui est entrecoupée, très-haute, très-profonde, et comme convulsive. On voit les muscles du thorax se contracter violemment, et cependant la respiration a lieu presque exclusivement par le diaphragme; les ailes du nez sont fortement écartées de la ligne médiane, et maintenues dans une espèce de distension fixe; le pouls offre les mêmes caractères, peau plus moite. Dans tout cela, on voit que les mouvements seuls ont éprouvé quelque altération; la sensibilité, les sens, l'intelligence restent intacts. L'accès a duré de cinq à huit minutes.

Pensant dès lors avoir affaire à une affection de la partie supérieure de la moelle, je prescris : trois ventouses scarifiées à la partie postérieure et supérieure du col, deux moxas, un de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région sous-occipitale, 12 grains de calomel dans 8 onces de véhicule, sinapismes aux pieds et aux mains.

Au moment où on appliquait les ventouses, vers trois heures et demie du soir, le malade a été pris d'une nouvelle crise, bien plus forte que celle du matin. Elle a commencé par un mouvement convulsif des membres supérieurs et inférieurs, et ensuite a continué sous la forme de contraction fixe, puis, au bout d'un instant de cette forme, le malade a perdu connaissance complétement; ses membres sont tombés dans un état de résolution : le pouls a faibli tellement qu'il a presque entièrement disparu; une sueur froide, un peu visqueuse, a couvert presque toute la surface du corps. Le malade est resté quelques instants dans cet état, auquel se joignait une grande dilatation des pupilles, fixité du regard, état convulsif, haletant, extrêmement prononcé de la respiration, puis, un instant après, le pouls a reparu un peu, les battements du cœur sont devenus moins faibles, la respiration, qui avait presque été supprimée entièrement, a été moins irrégulièrement convulsive, la face moins grippée, moins contractée, les paupières se sont ouvertes, la dilatation des pupilles a diminué, le regard a pris un peu d'expression; le malade a semblé comprendre un peu ce qui se passait autour de lui; mais malgré les excitations auxquelles on le soumettait, il ne donnait aucun signe d'intelligence. Après ces premiers phénomènes, le mouvement a reparu dans les membres supérieurs, la sensibilité revient après le mouvement, l'intelligence et la parole ne se rétablissent qu'en dernier lieu. Pendant tout le temps de son attaque, le malade a eu la bouche couverte d'écume. Cette crise a duré, en tout, environ dix minutes. Pendant la deuxième partie de l'attaque, les mâchoires sont restées assez fortement serrées l'une contre l'autre. Dans le reste de la journée, le malade s'est trouvé dans l'état suivant : pupilles un peu dilatées, mais moins que pendant la crise, traits fatigués, toujours une grande langueur, une sorte de souffrance cérébrale, expression assez vivante du regard, mais impossibilité d'obtenir du malade aucune parole. Cependant il paraît comprendre ce qu'on lui dit. Sensibilité générale un peu obtuse, mouvements conservés dans toute l'étendue du corps, mais lents, aucune trace de convulsion, ni de contraction, ni de tremblement; au total, point d'altération ni des sens, ni de l'intelligence, ni des mouvements, ni de la sensibilité, seulement combinaison d'un certain ensemble de symptômes qui ne peuvent point laisser de doute sur l'existence d'une lésion de quelques points du système nerveux central. On persiste à penser que cette lésion a son siége plutôt vers la partie supérieure de la moelle, et on applique les moxas de chaque côté de la région cervicale postérieure et supérieure.

Dans la nuit, le malade est resté dans la même position.

Le 25 août. Même état que celui décrit hier au soir après l'attaque; seulement, quand on presse Hérode de répondre par oui ou par non aux questions qu'on lui fait, il répond par un signe négatif ou affirmatif, ou par un oui bien prononcé; ce qui ne laisse pas douter qu'il comprend; ses sens sont également très-intacts, pouls fréquent, fébrile, peau chaude, moite partout.

(Calomel, 12 grains en 3 prises, lavement purgatif, glace continuellement sur la tête, diète.)

26 août. Même état qu'hier, sous le rapport de l'intelligence et du manque de parole; un peu de sommeil cette nuit; hoquet pendant environ une heure et demie. Hier, pendant le jour ni pendant la nuit, il n'y a pas eu de nouvelle attaque épileptiforme. Assez de calme dans la journée; repos la nuit. On a détaché les mains du malade, qu'on avait été obligé de garotter hier, et on se contente de le maintenir dans son lit par une alèze placée en cravate, et attachée de chaque côté; avant-hier il en était tombé plusieurs fois. Les yeux expriment moins de souffrance intérieure qu'hier, paupières fermées souvent à moitié, bouche entr'ouverte, sèche, enduit sur les dents, gencives bleuâtres près des dents, mucosités entre les deux arcades dentaires, langue sèche, couverte d'un enduit jaunâtre assez épais, lèvres sèches, rosées, légèrement croûteuses près des dents; du reste, même expression de la face, peau chaude sans moiteur, pouls fréquent, assez fort, pommettes déprimées, visage pâle; même état de la sensibilité, aucune trace de contraction, de tremblement, de convulsions, respiration assez calme; urines fréquentes, pas de selles; il a rendu ses lavements au moment où on les lui donnait; céphalalgie frontale.

(Lavement purgatif avec 1 once de séné, glace sur la tête, limonade, calomel 12 grains à l'intérieur, en 3 prises, diète.)

On entend aujourd'hui un bruit de soufflet ou premier bruit du cœur, et on observe une voussure très-marquée de la région précordiale, voussure due seulement aux cartilages sterno-costaux, car elle n'est pas à la place qu'elle occupe ordinairement dans les maladies du cœur.

Le 27 août. Pas de nouvelles attaques hier ni cette nuit. Calme dans la journée, sommeil profond la nuit jusqu'à une heure, où le malade se réveille et commence pour la première fois, depuis trois jours, à parler un peu, mais d'une manière inintelligible. Ce matin, même état général qu'hier, excepté que la bouche est un peu humide. Il demande à manger clairement, et se plaint, par signes, d'une douleur dans le larynx; il parle pour dire qu'il a faim. Décubitus latéral droit, le corps ramassé; expression de souffrance et d'anxiété intérieures; peau d'un toucher naturel et d'une douce chaleur, pouls fréquent et assez fort; une petite selle hier; pas d'envie de vomir; douleur vive aux régions qui entourent les épaules et les mamelons.

(Limonade, lavement purgatif avec 1 once de séné; sur le ventre, cataplasmes un peu sinapisés; 2 soupes.)

Le 28 août. Mieux très-évident. Très-bonne expression de la face, yeux vifs, langue toujours un peu chargée, lèvres débarrassées de leur enduit, un peu humides; décubitus dorsal, pouls calme, peau d'un toucher naturel; le malade parle bien ce matin, et avec facilité; il dit lui-même qu'il va mieux; il ne souffre nulle part, son écoulement blennorrhagique est complétement passé; il a grand faim.

(Limonade, bouillon aux herbes, cataplasmes sinapisés sur le ventre; un huitième d'aliments.)

Le 29 août. Aujourd'hui Hérode s'est levé sur son lit; il peut rester assis; il répond très-bien à toutes les questions qu'on lui adresse; il dort beaucoup et profondément; le ventre est endolori.

(Limonade, demi-quart.)

Le 30 août. Hier notre malade s'est levé pendant une demi-heure et ne s'est pas trouvé fatigué. Ce matin il est encore mieux, sa langue n'est plus du tout villeuse, sa bouche est humide; une seule selle, hier, non diarrhéique; les moxas commencent à suppurer. On les panse à plat.

(Limonade, demie.)

Le 2 septembre. Les moxas sont en pleine suppuration, pansement à plat avec du linge troué et de la charpie par-dessus.

(Pédiluve sinapisé, trois quarts.)

Le 3 septembre. Continuation du mieux. Il se lève presque toute la journée, peau un peu chaude, mais non aride, pouls assez fréquent, vif, bouche naturelle; toujours bon appétit. On veut faire sécher les moxas.

(Limonade, trois quarts.)

Le 6 septembre. Le malade se trouve bien, il n'éprouve aucun accident; il a de l'appétit, les moxas suppurent, pansement simple.

(Limonade, trois quarts.)

Le 8 septembre. Un peu moins d'appétit.

(Tisane chicoracée.)

Les jours suivants, le malade a toujours été de mieux en mieux. La suppuration des moxas continue.

Le 12 septembre. Aujourd'hui le malade mange avec appétit les trois quarts. Aucune douleur, respiration naturelle.

(Limonade, trois quarts.)

Les jours suivant, le malade allait de mieux en mieux. On lui donne la portion entière.

Au 18 septembre, la suppuration de moxas continue encore. Le malade qui mange la portion, ne reste plus à l'hôpital que pour y attendre la guérison de ses moxas qui cessent enfin de suppurer vers le milieu des premiers jours d'octobre, et le 14 de ce mois, Hérode sort parfaitement guéri et refait.

On se demande véritablement après avoir parcouru une pareille observation si c'est bien au copahu qu'il faut attribuer les accidents éprouvés par ce sujet? Il me semble qu'il est impossible de les faire remonter à une autre cause, si l'on considère que des accidents analogues avaient déjà été éprouvés par notre malade lorsque, pour la première fois, il fut traité par un charlatan au moyen d'un remède que lui rappela la potion de Chopart, et quand on voit d'ailleurs les accidents se développer, sans autre raison appréciable, sous nos yeux, pendant l'administration de la potion de Chopart et du copahu en lavement. Mais comme il faut remarquer que l'usage n'en avait pas été continué pendant plus de deux jours, ni les doses portées outre mesure, on ne peut expliquer cette espèce d'empoisonnement que par une susceptibilité toute particulière et dont l'histoire de la médecine nous offrirait ailleurs de nombreux exemples. Ainsi j'ai vu une dame profondément narcotisée par un lavement avec une demi-tête de pavot; je connais un homme, robuste d'ailleurs, sur qui la plus petite dose de vin de champagne agit à la manière des poisons irritants. Ainsi certaines personnes ne peuvent manger des moules, sans en ressentir une violente irritation

gastro-intestinale. Les exemples qu'on pourrait citer seraient à l'infini. Jusqu à présent je n'avais pas vu ni lu d'observation qui présentât le copahu parmi les irritants spécifiques, je ne connais pas d'exemple analogue à celui que je viens de rapporter, quoique j'aie observé plusieurs fois les accidents les plus ordinaires qui suivent son administration. Chez Hérode ils ont été tellement graves, que je crois utile de les signaler. Il est bon qu'on sache que, dans un cas exceptionnel, ce moyen si universellement inoffensif, peut compromettre sérieusement les jours d'un malade. Ceux du sujet de notre observation l'ont été tellement que, dans ma conviction, il en doit uniquement la conservation à la médication énergique qui a été immédiatement employée.

S. Sandras.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Sur l'emploi du mercure et de la préparation de l'onguent mercuriel.

En lisant dans le numéro du 15 janvier dernier du *Bulletin de Thérapeutique*, un article de M. Constant, sur l'action antiphlogistique des frictions mercurielles, j'ai été frappé des effets remarquables attribués au mercure, et du rang que l'onguent mercuriel paraît devoir occuper comme moyen thérapeutique. En effet, cet article, si rationnel, résume les observations d'un grand nombre de médecins célèbres, qui, dans une foule de maladies, telles que la métrite, la méningite, la péritonite, l'érysipèle, les engorgements de différente nature, etc., et particulièrement dans les affections de l'encéphale, paraissent avoir obtenu, du mercure, sous cette forme, des effets vraiment extraordinaires. Ce n'est donc plus simplement comme antisyphilitique que figure le mercure ; son domaine s'étend, et sous la forme la plus simple, car on ne peut confondre l'action d'aucun oxyde ou sel mercuriel avec le mercure lui-même, tel qu'il existe dans la pommade mercurielle bien préparée.

Mais en même temps, j'ai éprouvé quelque surprise de trouver consigné dans le même numéro un mode de préparation de l'onguent mercuriel qui, à mon avis, en modifie la nature et l'effet; et je trouve cette modification surtout intempestive en partant du point de vue sous lequel M. Constant envisage ce précieux médicament. Le procédé, dont il s'agit, proposé par M. Boutigny, pharmacien à Evreux, consiste à se servir d'essence de térébenthine pour favoriser l'extinction du mercure et accélérer ainsi l'opération. J'ai la plus grande estime pour le savoir et le talent de ce confrère ; mais il me semble qu'il a eu tort, en cette circonstance, de proposer pour intermède, une substance essentiellement âcre et irritante, avec l'opinion que la totalité de l'huile essentielle se trouve évaporée à la fin de l'opération.

Une note placée au bas de la page, sans doute par le rédacteur, indique déjà que la pommade, ainsi préparée, retient de l'essence. Je me suis assuré qu'elle en recèle la plus grande quantité qui se trouve engagée dans le corps gras. D'ailleurs, on sait très-bien que l'huile de térébenthine, abandonnée à elle-même, en vases ouverts, s'évapore lentement, et que toutefois elle ne se dissipe qu'en laissant pour résidu une espèce de térébenthine, que le professeur Nachet avait proposée il y a environ quarante ans pour composer le savon de Starkey.

On a, depuis longtemps, cherché toutes sortes de moyens pour faciliter la préparation de l'onguent mercuriel, en abrégeant la manipulation longue, ennuyeuse et fatigante, par laquelle on a coutume de procéder à l'extinction du mercure. Les uns ont proposé des agents d'oxydation, soit du métal, soit de l'axonge; d'autres, des modes divers pour favoriser simplement la division du mercure. Mais, les meilleurs praticiens, en général, n'ont pas osé s'écarter de la méthode ancienne, qui consiste à triturer le mercure avec une portion du corps gras sans introduction d'aucun corps étranger.

Maintenant, on est bien fixé sur le véritable état du mercure dans la pommade mercurielle, et il est reconnu, ainsi que je l'ai prouvé pour ma part, qu'il s'agissait d'en opérer la division à l'infini, et non de l'oxyder ; et que c'est une véritable pulvérisation qu'on lui fait subir ; car l'analyse fît-elle découvrir quelques traces d'oxyde dans ce composé, ce qui doit arriver et varier plus ou moins, suivant la nature du corps gras, suivant l'ancienneté ou l'état récent de la préparation, il n'y en aurait jamais que des quantités minimes ; et puisque c'est l'action antiphlogistique qu'on recherche, il faut nécessairement, tout en poussant aussi loin que possible la division du mercure, éviter l'oxydation et l'altération du corps gras. Le moyen est simple : il suffit de prendre une graisse récente, un métal bien pur, et de ne pas prolonger la trituration au delà de la nécessité ; pour cet effet, il faut opérer sur de petites quantités, ne préparer chaque fois que des onces, ce qui se réalise assez promptement, au lieu d'agir sur plusieurs livres, ce qui exige un temps considérable, et contribue à la rancidité de la graisse ; de plus, ce genre d'altération s'augmente par le temps qu'exige le début d'une grande provision.

En résumé, l'onguent mercuriel, qu'il ne faut confondre avec aucune préparation de mercure, oxydes ou sels, du point de vue où on le considère aujourd'hui, doit être préparé sans intermède, et selon la méthode ancienne que le Codex a conservée. On ne doit opérer que sur de petites masses, afin d'obtenir l'extinction avec promptitude, avec une moindre altération de la graisse, et ne pas se servir de cet onguent trop anciennement préparé.

L'onguent ancien est encore sujet à un autre inconvénient, surtout pendant l'été. L'excipient devenu plus fluide, et presque liquide, permet aux atomes de mercure de se rapprocher, de s'agglomérer, et on trouve quelquefois, au fond du vase, dans lequel il a été longtemps conservé; une quantité plus ou moins considérable de globules de mercure régénéré. Ceci change les proportions, et annonce que la division a rétrogradé. On peut parer à cet inconvénient en augmentant la consistance de l'onguent par l'introduction d'une certaine proportion de suif ou de moelle de bœuf.

P.-F.-G. Boullay.

Rapport sur un procédé proposé par M. Fayard, *pour conserver les sucs et infuser des végétaux.*

Messieurs,

Vous nous avez chargés, M. Planche et moi, de vous rendre compte d'un procédé proposé par M. Fayard, pharmacien à Paris, pour la conservation des sucs et des infusés végétaux. Ce procédé consiste à introduire le liquide dans une bouteille que l'on ferme seulement au moyen d'une lame de caoutchouc, fendue et fixée sur l'ouverture de la bouteille, au moyen de plusieurs tours de fil.

Depuis quatre ans M. Fayard ne conserve pas autrement ses sucs acides, tels que ceux de *nerprun*, de *coings*, de *groseilles* et de *cerises*. Il a conservé du *suc de mercuriale* dépuré à la chaleur et filtré; et ce suc, au bout d'un an, lui a donné un mellite qui ne lui a pas offert de différence avec celui préparé avec du suc récent. Enfin, M. Fayard a présenté à la Société un infusé de pétalles d'œillets rouges préparé le 12 juillet 1834, avec lequel il a obtenu un sirop qui lui a semblé réunir toutes les qualités de celui préparé avec l'infusé de la veille.

Nous pensons, en effet, que le mode exact de fermeture employé par M. Fayard pourra être ajouté à ceux que nous possédons déjà pour la conservation des sucs végétaux. Ainsi, que l'on mette du *suc de citron* ou du *suc de coings*, bien dépuré et filtré, ou du *suc de groseilles* ou de *cerises* filtré et chauffé, dans des bouteilles qui en soient bien remplies, qu'on les bouche avec de bons liéges et qu'on les goudronne, ou qu'on les ferme seulement avec du caoutchouc, nous croyons qu'on les conservera également bien. Peut-être même la conservation sera t-elle plus exacte et plus facile par le caoutchouc. Mais nous ne pensons pas que ce mode de conservation doive être appliqué à des infusés végétaux qui ne peuvent que perdre dans leur couleur et leur odeur, sans que cet inconvénient soit racheté par aucun avantage.

On a, par exemple, un grand avantage à conserver les sucs acides, séparément du sucre qui doit les transformer en sirops, à cause de l'inconvénient qu'ils offrent souvent de transformer ce sucre en sucre de raisin, et que, lorsque cet inconvénient se présente, au moins ne se trouve-t-on pas avoir perdu la provision de sirop de toute une année. Mais quel avantage peut-il y avoir à laisser à part l'infusé de violettes ou d'œillets, lorsque ces infusés se conservent mieux et plus facilement à l'état de sirop, et sans que l'on ait à craindre aucune transformation du sucre?

Nous nous appuierons même sur le sirop d'œillets présenté par M. Fayard, qui, bien certainement, n'offre pas la coloration du sirop préparé avec l'infusé nouveau des pétales récents.

Nous pensons d'ailleurs que M. Fayard doit être remercié de la communication, et que son procédé doit être publié, parce qu'il pourra être utile dans beaucoup de cas, et que c'est l'expérience seule qui pourra faire connaître d'une manière certaine les restrictions qu'il conviendra d'y apporter.

Planche. G. Guibourt.

POLICE MÉDICALE.

CONDAMNATIONS POUR VENTE ILLÉGALE DE MÉDICAMENTS.

Communication faite à la Société de pharmacie par MM. les membres de la commission permanente de la Société de prévoyance.

On se rappelle qu'en 1832 trente pharmaciens de Paris, dans le double but de faire fixer à leur égard la jurisprudence des tribunaux sur l'esprit des art. 1, 3, 63 et 66 du code d'instruction criminelle, et l'art. 1382 du code civil, et d'obtenir la répression des annonces immorales et des ventes illégales de médicaments, se constituèrent parties civiles; déboutés de leur demande en première instance et en cour royale, ils obtinrent un plein succès en cassation, et furent renvoyées devant la cour royale de Rouen; leur cause y fut défendue, comme à Paris, par Me Mermilliod, et là encore le droit qu'ils réclamaient leur fut de nouveau refusé; enfin, par arrêt de cassation en date du 13 juin 1833, *toutes les chambres réunies*, le jugement de Rouen fut cassé, et les parties renvoyées devant la cour d'Orléans pour la fixation des dommages-intérêts.

Cette jurisprudence ainsi établie, les pharmaciens croyaient entrevoir la fin prochaine de ces violations continuelles des lois qui régissent la pharmacie, et par conséquent n'avoir plus à sévir contre de nouveaux contrevenants; malheureusement depuis cette époque, et trop souvent, ils se sont vus dans l'obligation de requérir contre un grand nombre le maximum de la peine (la prison); aujourd'hui que cette pénalité a cessé d'être répressive, et que les tribunaux, par la faiblesse des lois, sont devenus impuissants, force a été d'invoquer en faveur des pharmaciens les dispositions des deux arrêts de cassation.

Sous la foi de cette jurisprudence, soixante-dix-neuf pharmaciens de Paris se sont *constitués parties civiles* contre seize délinquants, et ont confié la défense de leurs droits à Me Mermilliod, leur avocat.

Par jugements correctionnels en date des 20 et 27 janvier 1837, les dénommés ci-dissous ont été condamnés :

Giraudeau de Saint-Gervais, à 4,000 fr. de dommages-intérêts, 600 francs d'amende, 10 jours de prison et aux frais, un an de contrainte par corps.

Charles-Albert, à 4,000 fr. de dommages-intérêts, 600 fr. d'amende, 10 jours de prison et aux frais, un an de contrainte par corps.

Chaumonot, à 800 fr. de dommages-intérêts, 100 fr. d'amende et aux frais.

Belliol, à 500 fr. de dommages-intérêts, 50 fr. d'amende et aux frais, 6 mois de contrainte.

Robert-Mauvage, à 80 fr. de dommages-intérêts, à 50 fr. d'amende et aux frais pour dommages-intérêts.

Comet, médecin, à 25 d'amende et aux frais, *id.*

Bachoue-de-Lostolot, à 25 fr. d'amende et aux frais, *id.*

Le Bon, à 25 fr. d'amende et aux frais, *id.*

Chrétien, marchand de soie, à 25 fr. d'amende et aux frais, *id.*

F. Bossu, à 50 fr. d'amende et aux frais, *id.*

Et par jugement du 4 février, le même tribunal a condamné :

Sabathier, à 300 fr. de dommages-intérêts, 300 fr. d'amende, 5 jours de prison et aux frais.

Le Fèvre-Épicar, à 300 fr. de dommages-intérêts, 50 fr. d'amende et aux frais.

Jaquot, à 25 fr. d'amende et aux frais pour dommages-intérêts.

Duval, à 25 fr. d'amende et aux frais.

Nouveau formulaire des praticiens, contenant les formules des hôpitaux des principales villes de l'Europe, une notice sur les secours à donner aux asphyxiés et aux empoisonnés, et un mémorial thérapeutique ; par F. Foy, docteur en médecine, pharmacien en chef de l'hôpital de l'Ourcine, etc., etc. Seconde édition, 1 vol. in-12.

Cette nouvelle édition du Formulaire des praticiens nous paraît destinée à avoir plus de succès encore que la première. L'auteur y a introduit de notables améliorations ; il l'a enrichie surtout des formules les plus utiles introduites dans la pratique médicale pendant les dernières années. L'ouvrage a acquis encore un genre de mérite qui n'est pas sans importance ; c'est que tout en renfermant plus de matière que la première édition, il a été réduit à la moitié des pages, en gagnant cependant sous le rapport de la netteté et de la facilité de la lecture, par les soins qui ont été donnés à l'impression. C'est une amélioration qui ne sera pas sans intérêt dans un livre de ce genre, sorte de *Vade mecum* que le praticien emporte avec lui pour le consulter au besoin.

E. S.

ANNALES

DE

CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

SEPTEMBRE 1836.

Mémoire sur la Glycérine; par J. Pelouze.

Lorsque la plupart des matières grasses neutres sont soumises à l'action des alcalis caustiques, elles donnent naissance à des acides particuliers et à une matière soluble dans l'eau, d'une saveur douce et sucrée, que Scheèle fit connaître sous le nom de *principe doux des huiles* et que plus tard M. Chevreul désigna sous celui de glycérine. L'étude de cette dernière substance présente un degré d'intérêt fort élevé, parce que non-seulement sa production est intimement liée à celle des principaux acides gras, mais encore parce qu'elle est une des bases de la théorie de plusieurs grands phénomènes, particulièrement de ceux de la saponification.

Depuis Scheèle, M. Chevreul est le seul chimiste qui se soit occupé de la glycérine, et c'est à lui que l'on doit à peu près tout ce que l'on sait de cette substance. Il en a décrit les principales propriétés et s'est surtout attaché à fixer les circonstances nombreuses dans lesquelles elle se forme.

La glycérine est un liquide incristallisable, d'une couleur très-légèrement jaunâtre, sans odeur, d'une saveur franchement sucrée, d'une densité de 1,280 à + 15°, soluble en toutes proportions dans l'eau et l'alcool, insoluble dans l'éther sulfurique. Soumise à l'action de la chaleur elle se divise en deux parties dont l'une se volatilise sans altération, et l'autre se décompose en huiles empyreumatiques, acide acétique, gaz inflammables et en un résidu charbonneux.

La glycérine, nonobstant son état presque solide, jouit d'un pouvoir dissolvant très-considérable sur une foule de corps, et sous ce rapport, à peine le cède-t-elle à l'eau elle-même, dont au reste elle se rapproche beaucoup quant à la nature et à la proportion des substances qu'elle est susceptible de dissoudre. C'est ainsi qu'elle dissout les acides végétaux, tous les sels déliquescens, beaucoup d'autres qui ne le sont pas, tels que les sulfates de potasse, de soude, de cuivre, le nitrate d'argent, celui de potasse, les chlorures alcalins, et parmi les bases, la potasse et la soude, en proportion énorme, la baryte, la strontiane et l'oxide de plomb lui-même; mais à part ce dernier corps, tous ceux qui sont insolubles dans l'eau et que j'ai essayés, m'ont offert la même insolubilité dans la glycérine.

L'acide nitrique détruit la glycérine avec facilité et la transforme en eau, en acide carbonique et oxalique, et se change lui-même en acide hyponitrique.

L'acide hydrochlorique fumant s'y dissout sans lui faire subir d'altération.

La glycérine ne fermente pas, comme quelques chimistes l'ont avancé; abandonnée pendant plusieurs jours à une température de 15 à 25°, avec de la levure de bière, elle n'a laissé dégager aucun gaz et a été retrouvée intacte.

La glycérine mise en contact avec le peroxide de manganèse et l'acide hydrochlorique fumant, se décompose avec rapidité en produisant de l'acide carbonique et une quantité considérable d'acide formique.

En remplaçant l'acide hydrochlorique par de l'acide sulfurique étendu d'eau, on obtient le même résultat.

M. Chevreul a remarqué depuis longtemps que la glycérine est une des substances qui retiennent l'eau avec le plus d'opiniâtreté. Cette circonstance jointe à sa facile altérabilité par la chaleur, rend son analyse fort délicate. Cependant en la tenant pendant plusieurs heures dans le vide à une température voisine de 100°, et déterminant ensuite la proportion de ses éléments, je suis arrivé à des résultats constants que d'autres expériences me permettent de regarder comme fixant d'une manière exacte la composition de la glycérine. Cette composition est la suivante : $C^6 H^{16} O^6$.

Voici les données de l'analyse.

I. 0,708 de glycérine ont donné 0,558 d'eau et 1,010 d'acide carbonique.

II. 0,557 de glycérine = 0,442 d'eau et 0,792 d'acide carbonique. Ces nombres traduits en centièmes donnent

	I.	II.
Carbone. . . .	39,44	39,31
Hydrogène. . .	8,73	8,80
Oxigène. . . .	51,83	51,89
	100,00	100,00

Ils sont très-rapprochés des nombres théoriques.

C^6.	458,64	39,59
H^{16}.	99,84	8,61
O^6.	600,00	51,80
	1158,48	100,00

L'acide sulfurique concentré mis en contact avec la moitié de son poids de glycérine, se mêle avec elle

sans la colorer et en produisant une grande élévation de température. Le mélange refroidi, étendu d'eau, saturé par un lait de chaux et filtré, donne par l'évaporation une masse sirupeuse de laquelle le froid sépare des cristaux incolores d'un sel calcaire particulier très-soluble dans l'eau et dans lequel les réactifs démontrent l'absence de l'acide sulfurique. Je propose de nommer *acide sulfoglycérique* l'acide renfermé dans ce nouveau sel, à cause de son analogie avec l'acide sulfovinique.

Le sulfoglycérate de chaux desséché à 110° est formé de 2 atomes d'acide sulfurique, 1 atome de chaux et 1 atome de glycérine qui a perdu un atome d'eau. Il a pour formule $Ca\,O$, $C^6\,H^{14}\,O^5\,(SO^3)^2$, qui se déduit des analyses suivantes :

I. 1,221 de sel = 0,415 d'eau et 0,835 d'acide carbonique.

II. 1,634 de sel = 0,538 d'eau et 1,112 d'acide carbonique, d'où

	I.	II.
Carbone. . . . =	18,90	18,81
Hydrogène . . =	3,76	3,64

III. 1,000 de sel décomposés par l'eau royale et précipités par le chlorure de baryum ont donné 1,212 de sulfate de baryte.

IV. 1,000 de sel calciné dans un creuset de platine a laissé un résidu blanc pesant = 0,355.

D'un autre côté, 1,000 de sulfoglycérate de plomb ont fourni 0,550 de sulfate de plomb, et 1,882 du même sel, 0,887 d'acide carbonique et 0,438 d'eau.

En partant des analyses des sulfoglycérates de chaux et de plomb, on voit que de même que l'alcool perd 1 atome d'eau en s'unissant à l'acide sulfurique pour constituer l'acide sulfovinique, de même aussi la glycérine en abandonne un pour se transformer en acide sulfoglycérique.

Le sulfoglycérate de chaux dissous dans l'eau et traité par l'acide oxalique, fournit avec facilité l'acide sulfoglycérique qui se présente sous la forme d'un liquide incolore et sans odeur, d'une saveur fortement acide et d'une instabilité telle, qu'en l'évaporant dans le vide à plusieurs degrés au-dessous de zéro, il se décompose en acide sulfurique et en glycérine, alors même qu'il contient encore une quantité d'eau très-considérable.

L'acide sulfuro-glycérique décompose avec facilité tous les carbonates et produit avec les bases une série de sels remarquables par une solubilité toujours très-grande et par la facilité avec laquelle ils se décomposent. Parmi ces sels, les seuls que j'aie examinés et analysés sont ceux de chaux, de plomb et d'argent. Celui de chaux cristallise en aiguilles prismatiques, incolores, solubles dans moins de leur poids d'eau froide, insolubles dans l'alcool et l'éther; à une température de 140 à 150°, il se décompose en répandant une odeur pénétrante, insupportable, qui a beaucoup d'analogie avec l'odeur du suif que l'on distille. Il laisse un résidu noir qui blanchit par une calcination prolongée à l'air et consiste en sulfate de chaux formant les 35,5 de poids du sulfoglycérate.

La baryte décompose ce sel à froid et en précipite la chaux à laquelle il se substitue pour produire du sulfoglycérate de baryte. Lorsqu'on chauffe ce dernier sel avec un excès de baryte, il se décompose, même au-dessous de 100°; la baryte s'empare de l'acide sulfurique, se précipite en abondance avec lui, tandis que la glycérine anhydre s'unit à 1 atome d'eau et reste libre dans la liqueur où on la retrouve, après avoir éliminé l'excès de baryte par un courant d'acide carbonique.

De son côté, le sulfoglycérate de chaux mêlé à froid avec de l'eau de chaux n'est pas détruit, et ne forme pas de précipité avec le chlorure de baryum, tandis qu'après une légère ébullition, il se trouble abondamment par le même réactif, ce qui prouve qu'il se comporte de la même manière que le sulfoglycérate de baryte. Cette circonstance ne doit pas être oubliée dans la préparation de l'acide sulfoglycérique ; car il est évident que si l'on mettait un excès de lait de chaux dans l'acide sulfoglycérique impur provenant de la réaction de l'acide sulfurique sur la glycérine, alors que les liqueurs sont chaudes, on détruirait tout le sulfoglycérate.

La glycérine dissout une quantité très-considérable de brôme. Le mélange s'échauffe, et si on l'étend d'eau, après lui avoir fait prendre, à l'aide de la chaleur, autant de brôme que possible, il s'en précipite un liquide très-lourd, d'apparence huileuse, d'une odeur éthérée, agréable, soluble dans l'alcool et l'éther; la liqueur aqueuse surnageant. Cette nouvelle substance est fort acide; saturée par du carbonate de potasse, elle fournit une quantité très-considérable de brômure de potassium. La matière huileuse soumise à l'analyse a fourni la composition suivante : $C^6\,H^{11}\,O^5$, Br^3. On voit que c'est de la glycérine anhydre dans laquelle les 3 atomes d'hydrogène qui manquent sont remplacés par 3 atomes de brôme.

Le chlore exerce sur la glycérine une action analogue à celle du brôme. En abandonnant de la glycérine pendant plusieurs mois dans un flacon rempli de chlore, ce dernier disparaît peu à peu et se trouve remplacé par de l'acide hydrochlorique. Il reste au fond du vase un liquide sirupeux, dans lequel l'eau forme des flocons blancs, abondants, très-fusibles, d'une odeur éthérée, mais désagréable, d'une saveur successivement acide, amère et astringente. Ces flocons se dissolvent avec facilité dans l'alcool d'où l'eau les sépare comme elle le fait pour la combinaison précédente avec laquelle celle-ci paraît avoir une grande analogie de propriétés et sans doute aussi de composition.

L'iode se dissout en proportion considérable dans la glycérine et la colore en jaune orangé, mais sans lui faire subir d'altération.

On a vu précédemment que les sulfoglycérates soumis à l'influence de l'eau, de la chaleur et d'un excès de base, sont transformés en sulfates métalliques et en glycérine. Cette expérience est fort curieuse par l'analogie qu'elle paraît établir entre les sulfoglycérates et les corps gras neutres. En effet, la décomposition que les uns et les autres éprouvent de la part des alcalis n'est autre chose qu'une saponification avec cette circonstance intéressante que le corps gras neutre qui, dans le premier cas, est le sulfoglycérate, a été obtenu directement avec la glycérine même.

En traitant par la potasse la stéarine pure, M. Lecanu a démontré, par expérience, qu'elle ne produit absolument que de l'acide stéarique et de la glycérine. Il a donné l'analyse de cette substance, analyse de laquelle il résulte qu'on peut la considérer comme formée d'un atome d'acide stéarique anhydre uni à une quantité de glycérine anhydre qui serait exprimée par

la formule $C^3 H^6 O^2$. Or, j'ai fait voir que l'atome de glycérine anhydre est $C^6 H^{14} O^5$ et qu'elle prend 1 atome d'eau en devenant libre. Si cela est, la composition de la stéarine n'est pas telle que le pense M. Lecanu; il faut pour la corriger prendre deux fois la formule de la stéarine donnée par ce chimiste et y ajouter 1 atome d'eau, à moins qu'on ne suppose, ce qui est tout à fait invraisemblable, que la glycérine dans le stéarate n'offre pas la même composition que dans le sulfate (1).

Plusieurs points de vue théorique semblent évidemment ressortir des expériences consignées dans ce mémoire; la conclusion principale à laquelle conduisent les propriétés et la composition de l'acide sulfoglycérique, c'est que la glycérine anhydre existe réellement toute formée dans les corps gras neutres; et en cela encore non-seulement les résultats qui me sont propres, mais ceux de tous les chimistes qui se sont occupés du même sujet, n'ont fait que confirmer de plus en plus les conséquences que M. Chevreul a depuis longtemps déduites de ses longues recherches.

Sur la Chlorophénise et les Acides Chlorophénisique et Chlorophénèsique; par M. Aug. Laurent.

Dans un mémoire que j'ai publié dans ces Annales sur une théorie des combinaisons organiques, j'ai cherché à démontrer qu'en connaissant la loi suivant laquelle certains corps passent les uns dans les autres, on peut, un corps étant donné, prévoir les combinaisons nouvelles qu'il pourra former sous l'influence d'agents capables de le détruire; et réciproquement déterminer la source inconnue d'où provient un corps dont on connaît la nature. J'ai résumé la manière d'y parvenir dans la proposition suivante : un radical dérivé étant donné on pourra découvrir le radical fondamental qui lui a donné naissance en remplaçant les corps substituants par l'hydrogène primitivement enlevé ou supposé tel. Le but de ce mémoire est d'appuyer cette proposition.

J'ai pris deux ou trois litres de goudron, provenant des usines à gaz de l'éclairage préparé avec la houille, je l'ai distillé et je n'ai recueilli que les premières portions; je me suis arrêté lorsque le produit est devenu visqueux.

J'ai fait passer un courant de chlore pendant un jour dans l'huile jaunâtre distillée, puis je l'ai soumise à un refroidissement de 10° au-dessous de zéro; il s'est formé un abondant dépôt cristallin de naphtaline; je l'ai séparé en le jetant sur une toile. J'ai continué à faire passer du chlore pendant deux jours dans l'huile filtrée; celle-ci s'est épaissie, je l'ai fait refroidir pendant plusieurs heures dans la glace et il s'est précipité dans le fond du vase de l'hydrochlorate de chloronaphtalèse. Après avoir séparé ce dernier par la décantation, j'ai introduit l'huile dans une très-grande cornue et je l'ai soumise à la distillation. Dans le commencement il s'est fait un grand boursoufflement dû à un dégagement de chlore; l'huile a distillé ensuite, accompagnée de vapeurs d'acide hydrochlorique; vers la fin de l'opération l'huile est devenue noire, épaisse, et s'est boursoufflée assez pour occuper un volume 2 ou 3 fois plus grand que le liquide employé; c'est à cette époque que j'ai arrêté la distillation.

J'ai introduit le produit huileux dans un flacon pouvant en contenir deux fois autant, j'y ai versé peu à peu de l'acide sulfurique concentré et j'ai agité fortement, il s'est dégagé une assez grande quantité d'acide hydrochlorique; j'ai continué à ajouter de l'acide sulfurique et à agiter tant qu'il s'est dégagé des vapeurs acides. J'ai enlevé l'acide sulfurique, qui était au fond du flacon, à l'aide d'une pipette et j'ai lavé l'huile à grande eau. L'acide sulfurique décanté était coloré en rose, et quand on le saturait par un acali il laissait déposer une matière d'une odeur insupportable. J'ai introduit l'huile lavée dans un grand ballon, j'y ai versé de l'ammoniaque liquide et tout s'est pris en une masse blanchâtre et demi-solide; il y a eu en même temps une légère élévation de température.

J'ai fait bouillir le produit solidifié avec une assez grande quantité d'eau; la majeure partie s'est dissoute; j'ai décanté la dissolution bouillante sur un filtre.

Au fond du ballon, il est resté une matière huileuse brune; en y versant de l'ammoniaque en excès elle s'est encore solidifiée; j'ai fait de nouveau bouillir la combinaison ammoniacale, et après la filtration il est encore resté une huile brune qui ne s'est plus solidifiée par l'ammoniaque; je l'ai mise à part.

La dissolution aqueuse a laissé déposer par le refroidissement une matière cristalline grenue. Je l'ai redissoute dans l'eau et j'ai réuni toutes les liqueurs. Elles renferment un mélange de chlorophénèsate et de chlorophénisate d'ammoniaque accompagné d'une matière colorante rougeâtre. J'y ai versé goutte à goutte de l'acide nitrique préalablement étendu de 5 à 6 fois son volume d'eau; j'ai cessé l'addition de l'acide après avoir troublé légèrement la liqueur; il s'est formé un précipité brun rougeâtre que j'ai séparé par la filtration. Dans la liqueur filtrée j'ai versé un léger excès d'acide nitrique étendu, et il s'est formé un abondant précipité blanc gélatineux, qui se réunit en flocons par l'agitation à peu près comme le lait caillé. Ce précipité est formé d'aiguilles microscopiques entrelacées. Après l'avoir jeté sur un filtre je l'ai lavé, exprimé, séché, puis distillé.

Le produit de la distillation est un mélange d'acides chlorophénèsique et chlorophénisique. Pour les séparer, je les ai fait bouillir avec un léger excès de carbonate de soude qui dissout l'acide chlorophénisique solide, et laisse l'acide chlorophénèsique huileux. L'acide chlorophénisique se sépare de la soude par l'acide nitrique, on le purifie par la distillation. Le procédé que je viens d'indiquer n'est sans doute pas très-bon pour séparer ces deux acides; mais je n'en ai pas trouvé d'autre.

---

(1) Quelque temps après la lecture de ce mémoire nous fîmes, M. Liebig et moi, l'analyse de la stéarine. Nos résultats ne furent pas tels que nous nous attendions d'abord à les trouver; au lieu de la formule ($C^{70} H^{134} O^5$, $C^6 H^{14} O^5 + C^{70} H^{134} O^5$), nous trouvâmes 2 atomes d'eau de plus; ce n'est qu'après avoir refait un grand nombre d'analyses et obtenu des résultats toujours semblables, que nous nous aperçûmes que la stéarine, considérée comme acide stéaroglycérique, devait en effet être hydratée et contenir 2 atomes d'eau, quantité qui est la même que celle que renferme l'acide stéarique libre.

Acide Chlorophénisique.

Cet acide est blanc, solide, doué d'une odeur caractéristique tellement tenace, qu'après l'avoir manié je ne pouvais, même trois ou quatre jours après, me présenter dans un lieu public sans soulever de vives réclamations, malgré que j'eusse pris des bains et changé complétement de vêtements. Il est insoluble dans l'eau, cependant il lui communique son odeur; il est excessivement soluble dans l'alcool et dans l'éther; si, dans une dissolution alcoolique très-concentrée on verse de l'eau, il se précipite des gouttes d'huile qui ne se solidifient que peu à peu, à mesure que l'eau enlève l'alcool. L'eau mêlée avec un peu d'alcool dissout, à l'aide de l'ébullition, cet acide, et il se dépose, par le refroidissement, sous la forme de longues aiguilles que je crois être des prismes à base rhombe. Il fond à 44°, et entre en ébullition vers 250°; il se volatilise complétement sans se décomposer; par le refroidissement, il se solidifie en une masse acidulaire; cependant, à la température ordinaire, il répand des vapeurs, car ayant conservé pendant deux ans de cet acide dans un flacon, les parois de celui-ci étaient tapissées de longues aiguilles soyeuses, ressemblant à de la moisissure. Chauffé sur une feuille de platine, à l'aide d'une lampe, il s'enflamme et brûle avec une flamme fuligineuse et verte sur les bords.

L'acide sulfurique et hydrochlorique ne le dissolvent pas, et paraissent sans action. L'acide nitrique le colore d'abord en rouge brun, puis il le décompose à l'aide de l'ébullition, en donnant un nouveau produit cristallisé très-volatil.

A froid le chlore est peut-être sans action sur lui; à chaud il l'altère, mais difficilement.

I. 0gr,400 d'acide chlorophénisique distillé ont été brûlés avec l'oxide de cuivre et ont donné
0gr,5245 d'ac. carbon. renferm. 0,14503 de carb.,
0gr,0650 d'eau » 0,00722 d'hydr.

II. 0gr,400 d'acide,
0gr,520 d'ac. carbon. » 0,14378 de carb.,
0gr,072 d'eau » 0,00799 d'hydr.

III. 0gr,500 d'acide chauffés dans un tube rempli de chaux vive ont donné, par le nitrate d'argent, 1gr,014 de chlorure d'argent renfermant 0,250 de chlore.

Ce qui fait pour cent :

	Calculé.	Trouvé. I.	Trouvé. II.
C^{24}.	917,16	35,34	36,25	35,94
H^{8}.	50,00	1,93	1,80	1,99
Cl^{6}.	1327,95	51,17	50,00	50,00
O^{3}.	300,00	11,56	11,95	12,07
	2595,11	100,00	100,00	100.00

IV. 0gr,518 de chlorophénisate de baryte sec ont donné 0gr, 221 de sulfate de baryte renfermant 0,145 de baryte, ce qui fait 27,99 de baryte pour cent, et correspont à la formule

		Calculé.	Trouvé.
$C^{24}\ H^{6}\ O^{6}\ C^{2}$. . . .	= 2482,40	72,19	72,01
$Ba\ O$	= 956,88	27,81	27,99
Poids atomique. . .	= 3439,28	100,00	100,00

L'acide distillé renferme donc deux atomes d'eau, et sa formule est $C^{24}\ H^{6}\ Cl^{6}\ O^{2} + H^{2}\ O$.

Chlorophénisates.

On reconnaît très-facilement les chlorophénisates aux caractères suivants :

1° Chauffés sur une feuille de platine, ils brûlent, ayant une flamme fuligineuse et verte sur les bords; ils répandent en même temps l'odeur caractéristique de l'acide chlorophénisique;

2° Par la distillation, ils donnent de l'acide chlorophénisique, et laissent un résidu de chlorure mêlée de charbon;

3° Lorsqu'ils sont en dissolution, ils forment par l'acide nitrique un précipité volumineux, facile à reconnaître aux caractères que j'ai énoncés plus haut;

4° Les chlorophénisates solubles font naître, dans le nitrate neutre d'argent, un précipité jaune vif, qui devient légèrement verdâtre par l'ébullition.

Le chlorophénisate neutre d'ammoniaque donne, avec le bichlorure de mercure, un précipité blanc cailleboté; avec le nitrate de plomb, un précipité blanc abondant; avec l'alun, un précipité blanc gélatineux, avec les sels de peroxide de fer, un précipité rougeâtre, et avec les sels de protoxide, un précipité blanc; il ne trouble pas les sels de chaux, ni ceux de baryte.

Les chlorophénisates de potasse et de soude sont solubles, le dernier cristallise en aiguilles soyeuses.

Le chlorophénisate de baryte est peu soluble dans l'eau, et cristallise par l'évaporation spontanée en houppes soyeuses; sa dissolution est décomposée par l'acide carbonique, qui y fait naître un précipité d'acide chlorophénisique. Lorsqu'on le distille, il laisse un résidu de chlorure de baryum, et donne de l'acide chlorophénisique. Il n'y a probablement que le tiers de l'acide de décomposé, les deux autres tiers se subliment en se combinant à l'eau qui provient de la décomposition du précédent.

Bichlorophénisate d'ammoniaque.

Lorsqu'on évapore du chlorophénisate neutre, il se dégage de l'ammoniaque, et il se dépose un sel acide cristallisé en aiguilles fines et courtes; il est peu soluble dans l'eau froide, mais très-soluble dans l'eau un peu alcoolisée. Exposé au soleil sous un entonnoir, il se sublime en partie et s'attache après les parois de l'entonnoir sous la forme de flocons lanugineux tellement légers, qu'il n'en faudrait que quelques grammes pour en remplir un litre.

Lorsqu'on le distille dans une cornue, il se dégage de l'ammoniaque, de l'azote, du chlorophénisate d'ammoniaque non décomposé, de l'acide chlorophénisique et de l'acide chloraphénèsique. Je reviendrai plus bas sur cette décomposition.

I. 0,400 de sel ammoniacal desséché au soleil m'ont donné, par l'oxide de cuivre, 0,4535 d'acide carbonique renfermant 0,12539 de carbone, et 0,1010 d'eau renfermant 0, 01 121 d'hydrogène.

II. 0,400 de sel brûlé par l'oxide de cuivre ont laissé dégager une quantité d'azote équivalant à 3,40 pour 100.

III. 0,400 de sel m'ont donné, par la chaux et le nitrate d'argent, une quantité de chlorure d'argent équivalant à 47,10 pour cent de chlore.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

FÉVRIER 1837.

Note sur le chloride d'iode; par E. Soubeiran.

Les chimistes n'ont pas des idées bien arrêtées sur la composition du chloride d'iode. Ils paraissent cependant disposés à admettre que le composé que l'on obtient en traitant l'iode sec par un excès de chlore, est un chloride correspondant à l'acide iodique. Il y a aussi peu d'accord entre eux quand il s'agit de préciser la composition des chlorures d'iode que l'on obtient par la voie humide. On sait cependant que, lorsque l'on est parvenu par un excès de chlore à préparer une dissolution incolore d'iode dans l'eau, cette dissolution, saturée par les alcalis, donne un mélange d'iodate et de chlorure sans précipitation d'iode.

Mais les circonstances de la formation de ce chlorure sont elles-mêmes peu connues. Combien de chimistes ont vainement cherché à l'obtenir, et dans ces derniers temps M. Liébig assurait qu'en saturant par du carbonate de soude une liqueur à travers laquelle il avait fait passer un grand excès de chlore, celle-ci avait laissé déposer de l'iode au moment de sa saturation. Mes expériences ont pour objet de jeter quelque jour sur ces points douteux de la science.

J'ai mis dans un ballon à long col, de la capacité d'un demi-litre environ, 1 gramme d'iode sec, et j'ai fait arriver un courant de chlore desséché. J'ai entretenu ce courant pendant cinq à six heures, et, pour faciliter la saturation complète, je tenais le matras au-dessus d'un très-petit fourneau, dans lequel était quelques braises allumées. La chaleur était assez faible pour que la moitié supérieure du ballon ne s'échauffât pas d'une manière sensible, et de temps en temps je faisais faire au matras un demi-tour sur lui-même, de manière à ce que, au milieu du courant de chlore, la matière fût volatisée un grand nombre de fois d'un point sur un autre. Quand l'opération avait été menée ainsi pendant plusieurs heures, je ne pouvais douter que l'iode eût pris autant de chlore que possible; alors, ordinairement, le chlorure d'iode se trouvait réuni presque en totalité dans le col du matras.

J'ai fait plusieurs analyses de ce chlorure, et chaque fois j'ai opéré sur un produit provenant d'une opération différente. Le système dont je me suis servi a consisté à dissoudre le chlorure d'iode dans l'eau, à le sursaturer par de la potasse caustique, de manière à redissoudre l'iode qui se précipitait d'abord; j'évaporais la liqueur à siccité, je chauffais la matière pour changer l'iodure en iodate, et j'analysais par le nitrate d'argent le mélange d'iodure et de chlorure de potassium.

J'ai obtenu :

1re Exp.	Chlorure d'argent,	1,755	546,5
	Iodure d'argent,	0,950	293,1
2e Exp.	Chlorure d'argent,	1,00	553,0
	Iodure d'argent,	0,53	293,1
3e Exp.	Chlorure d'argent,	2,53	549,4
	Iodure d'argent,	1,35	293,1

ce qui donne :

Chlor. d'arg., 3 prop.	538,27
Iod. d'arg., 1 prop.	293,11

et par conséquent pour la composition du chloride :

Chlore, 3 prop. .	45,67
Iode, 1 prop. . .	54,33

d'où il faut conclure que le chloride que l'on obtient par la voie sèche ne correspond pas à l'acide iodique, comme le dit encore la séparation d'iode qui se fait au moment où l'on le sature; d'où il faut conclure encore qu'il est formé de trois proportions de chlore et d'une proportion d'iode, composé dont nous ne connaissons pas encore la combinaison oxygénée correspondante.

En délayant de l'iode dans quatre parties d'eau, et en faisant passer dans la liqueur, que l'on tient froide, un grand excès de chlore, on ne parvient pas à le décolorer. Elle conserve une couleur jaune intense, quel que soit l'excès de chlore dont on se soit servi. Mais si on délaie l'iode dans vingt parties d'eau, et que dans cette liqueur, refroidie également pendant tout le cours de l'opération, on fasse passer du chlore, il arrive un moment où elle se décolore; toutefois elle conserve souvent une teinte jaune, due à l'excès de chlore qu'elle tient en dissolution, et que l'on fait disparaître facilement en faisant passer un courant d'air pendant quelques instants. La question de décoloration, ou de non décoloration des liqueurs, est donc résolue en ce sens, que les liqueurs peuvent être obtenues incolores quand la proportion d'eau est assez grande, tandis qu'on ne peut les obtenir incolores quand la proportion d'eau est petite (1). J'appellerai chlorure liquide jaune et cho-

(1) En changeant les circonstances, on fait varier les résul-

rure liquide blanc les deux liqueurs, pour les distinguer l'une de l'autre.

J'ai préparé du chlorure jaune liquide en délayant dans 16 grammes d'eau, 4 grammes d'iode pulvérisé, et en faisant arriver bulle à bulle dans la liqueur du chlore lavé ; j'ai eu soin d'agiter continuellement le liquide pour que l'iode restât en suspension ; quand il fut tout à fait dissous, je continuai à faire passer du chlore pendant plusieurs heures. Pendant tout le temps de l'opération, la liqueur iodurée était tenue refroidie. J'obtins un liquide clair, d'une couleur jaune, qui contenait en dissolution un excès de chlore dont je me débarrassai en faisant passer un courant d'air.

En opérant sur des liqueurs préparées dans deux opérations différentes, j'ai obtenu :

1°	Chlorure d'argent,	1,92	5524
	Iodure d'argent,	1,02	2935
2°	Chlorure d'argent,	4,305	5652
	Iodure d'argent,	2,235	2935

c'est-à-dire un peu plus de trois proportions de chlore pour une proportion d'iode. J'ai cherché à me rendre compte de ce résultat, et, en multipliant les expériences, je me suis assuré qu'en même temps qu'il se fait du trichloride d'iode, on ne peut éviter qu'il se fasse un peu de perchloride (acides iodique et hydrochlorique). La proportion en est toujours variable, ce qui paraît tenir à ce que l'iode est dissout avec plus ou moins de rapidité. On conçoit que les premières parties d'iode qui se dissolvent livrent à l'action du chlore un sous-chlorure étendu qu'il change facilement en acides iodique et hydrochlorique, action qui se produit sur une quantité d'autant moins grande de matière, que l'on présente aux bulles de chlore de l'iode mieux divisé et mieux suspendu au milieu du liquide. On peut s'assurer d'ailleurs de la présence des acides chlorique et hydrochlorique, par la méthode de Sérullas, qui consiste, comme on le sait, à agiter avec de l'éther. Le trichloride seul se dissout, et il reste une dissolution aqueuse des deux acides, que l'acide sulfurique concentré précipite en jaune. Il ne faut pas s'imaginer que l'on puisse recueillir ce trichloride que l'éther a dissout, car la réaction entre ces deux corps commence aussitôt, et il se fait de nouveaux produits. C'est par le chlore surtout que l'action a lieu, car si on évapore lentement la liqueur éthérée sur de l'eau chaude, on finit par avoir une abondante cristallisation d'iode : une évaporation rapide laisse une liqueur brune, qui est une véritable dissolution dans l'eau, d'un chlorure d'iode à composition chimique très-variable, et qui résulte d'un véritable mélange.

Ainsi en opérant par la voie sèche ou par la voie humide, à moins que la proportion d'eau ne soit très-considérable, c'est encore le chloride à 3 proportions de chlore qui se forme, et un excès de chlore ne peut entrer en combinaison On. voit que je fais abstraction ici de la petite quantité de perchloride que contenaient les liqueurs, et dont on ne peut éviter la formation en présence de l'eau. Il arrive même, quand on opère par la voie sèche avec de l'iode qui n'a pas été desséché, qu'une couche légère d'acide iodique reste sur les parois du matras, et devient visible sur tous les points que le chloride a abandonnés en se volatilisant.

Le chloride d'iode liquide incolore ne laisse pas déposer d'iode quand on le sature par le carbonate de soude; et, si on veut le considérer comme une combinaison binaire de chlore et d'iode, il n'est pas douteux que celle-ci ne corresponde à l'acide iodique ; je crois que les chimistes seront toujours plus tentés d'admettre que les 2 acides existent tout formés dans la dissolution.

Sérullas nous a appris qu'en versant avec précaution de l'acide sulfurique dans le chloride liquide incolore, on en précipite une matière solide jaunâtre, et il ne mettait pas en doute que le précipité ne fût le chloride à 5 proportions, correspondant à l'acide iodique ; mais, quand j'ai voulu répéter cette expérience de Sérullas, j'ai vu apparaître, au moment de la précipitation, une multitude de petites bulles, qui ne m'ont pas paru pouvoir être rapportées à du chlorure d'iode volatilisé par la chaleur que produit le mélange de l'eau et de l'acide sulfurique, et il est devenu fort douteux pour moi que la réaction fût aussi simple que Sérullas l'avait pensé.

J'ai mis dans un grand ballon du chloride blanc liquide, j'ai tenu le ballon dans l'eau froide, et j'ai ajouté l'acide sulfurique par petites parties, en mettant assez d'intervalle entre chaque affusion d'acide pour que la matière ne pût s'échauffer que fort peu. J'ai ajouté ainsi une grande quantité d'acide sulfurique, puis j'ai partagé le liquide du ballon en 2 parties.

La première partie a été distillée dans une cornue ; dès qu'un peu de liquide a commencé à couler, j'ai changé le récipient qui me paraissait contenir du chlore, et j'ai reçu le liquide jaune qui se produisait. Pendant cette distillation, j'ai vu du chloride s'attacher au col de la cornue, mais il fut bientôt entraîné par les vapeurs aqueuses. Le chloride ainsi obtenu a été trouvé composé de :

Chlore.	44,6
Iode.	55,4

J'avais laissé déposer la 2e moitié de la liqueur sulfurique ; j'ai décanté autant que possible l'acide, et j'ai reçu le dépôt sur un linge très-fort, replié plusieurs fois sur lui-même. L'acide s'est imbibé en grande partie dans le linge, et j'ai pu enlever un peu de chlorure débarrassé d'une grande partie d'acide sulfurique. Je l'ai dissout dans l'eau, j'ai saturé par la potasse caustique, j'ai évaporé, j'ai repris le produit par de l'alcool à 0,875, puis j'ai recherché les quantités de chlore et d'iode que contenait la liqueur, j'ai trouvé :

Chlorure d'argent. . .	0,22 ou chlore. . .	45,7
Iodure d'argent. . .	0,12 ou iode. . .	54,3

Ainsi le chloride, qui se dépose quand on traite le chlorure d'iode liquide et blanc par l'acide sulfurique, est encore le chloride à 3 proportions ; et par conséquent, au moment de la précipitation il se sépare du

---

tats. M. Liébig n'a pu décolorer un mélange d'une partie d'iode avec dix à douze parties d'eau. En faisant passer un courant rapide de chlore dans un mélange d'eau et d'iode fait à parties égales, la matière s'est beaucoup échauffée, et j'ai obtenu un dépôt d'acide iodique qui équivalait à un sixième du poids de l'iode employé. Nous verrons bientôt que la manière plus ou moins rapide, dont se fait la dissolution de l'iode par le chlore, peut aussi amener des changements dans la nature des produits.

chlore, comme l'observation attentive des phénomènes de la précipitation me l'avait fait soupçonner. L'expérience suivante ne laisse aucun doute à ce sujet. J'ai pris un matras d'un litre à large col, je l'ai rempli d'acide sulfurique concentré, en réservant la place nécessaire pour recevoir environ 120 grammes de chlorure liquide blanc : le matras communiquait avec le petit appareil à boules de M. Liébig, dans lequel j'avais mis une dissolution saturée de sel marin; il se terminait par un tube que j'ai fait plonger successivement dans des petits flacons pleins d'air, et dans une dissolution faible de potasse. Les choses étant ainsi disposées, j'ai versé le chlorure liquide à la surface de l'acide sulfurique sans agiter; j'ai établi aussitôt la communication au moyen d'un tube de caoutchouc, et j'ai laissé marcher la réaction. Elle s'est faite avec une extrême régularité. Un dégagement lent et régulier de gaz se faisait au contact de l'acide, il traversait l'eau salée et venait se rendre dans les flacons. Il était facile de hâter à volonté le dégagement en imprimant une légère secousse au matras : ni le gaz des flacons, ni la solution de potasse qui l'avait absorbé, ne donnaient de traces d'iode par le chlorure d'argent. Tout le chlorure d'iode, si une partie s'était volatilisée, avait été retenu par la dissolution de sel marin.

Sérullas a encore préparé du chloride d'iode en projetant de l'acide iodique sec dans un flacon rempli de gaz hydrochlorique également desséché, et il ne mettait pas en doute que d'après les circonstances de sa formation, le produit ne fût le chloride à 5 proportions de chlore. Il m'a paru curieux de m'assurer de la réalité du résultat, et en conséquence j'ai répété l'expérience dans les mêmes circonstances où Sérullas avait opéré, et quand 24 heures après le mélange les parois latérales du flacon furent trouvées tapissées de cristaux de chloride, je coupai le flacon, et fis dissoudre les cristaux ainsi isolés dans l'eau, et je procédai à leur analyse. Je trouvai que la potasse faisait naître un précipité d'iode qui était redissout par un excès d'alcali, et enfin pour résultat de l'analyse je trouvai ces cristaux composés de :

Chlore.	46,64
Iode.	54,33

La même réaction se produit quand on verse de l'acide hydrochlorique liquide et concentré sur de l'acide iodique sec. Le dégagement de gaz est si évident, que j'aurais pu ne pas pousser plus loin l'expérience; mais j'ai voulu cependant m'assurer de cette séparation de chlore, et je me suis servi encore du petit appareil à boules de M. Liébig : l'expérience a été tout à fait décisive.

Il résulte donc de mes expériences, 1° que le chloride d'iode à 5 proportions de chlore n'a pas été obtenu jusqu'ici; 2° que le composé qui se forme par l'action directe du chlore sur l'iode sec, ou sur l'iode délayé dans 4 parties d'eau, est un chloride à 3 proportions de chlore; 3° que c'est encore le même chloride à 3 proportions qui se produit quand on met en présence l'iode et l'acide hydrochlorique gazeux, et aussi lorsque prenant la dissolution des acides iodique et hydrochlorique, on la mélange avec un grand excès d'acide sulfurique, et dans ces deux cas les 1/2 du chlore sont mis en liberté.

Note sur un calcul vésical de cystine pure (oxide cystique); par M. O. Henry.

Un pharmacien de Paris me remit il y a un an environ deux petits calculs de la grosseur chacun d'un pois ordinaire, en m'annonçant qu'ils avaient été rendus spontanément avec les urines après de vives douleurs, par un individu d'une cinquantaine d'années. Ayant été invité à soumettre ces calculs à l'analyse, j'ai reconnu, comme je vais le prouver, qu'ils étaient formés entièrement de *cystine pure* (oxide cystique de M. Wollaston). L'existence de ce produit *vésical* n'est pas un fait nouveau à la vérité; mais, comme elle n'est pas très-commune, et qu'à quelques exceptions près les calculs de cette nature se présentent assez ordinairement en petits grains milliaires, j'ai cru qu'il y aurait quelqu'intérêt à publier cette analyse; elle prouve d'ailleurs la pureté de ceux qui en font le sujet, et démontre la différence que présente la cystine avec les autres espèces de calculs de la vessie.

Caractères physiques des deux calculs.

Leur grosseur était à peu près celle d'un pois ordinaire, leur forme ovoïde, et leur surface un peu mamelonnée, comme émoussée; ils présentaient une couleur d'un blanc jaunâtre, sale, une texture cireuse nullement cristalline, radiée, et une sorte de translucidité; enfin, ils étaient aisément friables et réductibles en une *poudre blanche* qui n'avait aucune saveur sensible.

Caractères chimiques.

1° La poudre, chauffée sur une *petite feuille de platine*, brûla promptement avec une flamme bleuâtre, et en répandant une odeur des plus *fétides comme sulfureuse*, assez analogue à celle de l'huile volatile de moutarde; après la calcination il ne resta sur la lame métallique qu'une zone blanchâtre reconnue pour du *phosphate de chaux*.

2° Traitée par l'*acide nitrique pur*, la poudre du calcul fut promptement dissoute, et la liqueur était jaunâtre. En évaporant avec beaucoup de soin cette solution, je n'ai obtenu qu'un résidu brun qui, exposé soit à la vapeur de l'ammoniaque, soit saturé par ce composé et séché, ne donna pas la moindre coloration *rouge purpurine*, indice de la présence de l'acide urique.

3° Les acides sulfurique, phosphorique étendus ont rendu la poudre soluble, et les solutions concentrées sur des verres de montre n'ont pas tardé à présenter des apparences de cristallisation.

4° Mais c'est particulièrement avec l'acide hydrochlorique que la solution s'effectua d'une manière des plus tranchées; un grain de cette poudre, traitée à l'acide d'une douce chaleur par l'acide hydrochlorique pur affaibli, a produit une liqueur incolore qui, exposée dans le vide de la machine pneumatique, laissa bientôt sur les parois du verre de montre une cristallisation aiguillée blanche des plus nettes. Ces cristaux, vus à la loupe, étaient en aiguilles prismatiques; l'eau les dissolvait à peine, et la potasse n'en dégageait aucune vapeur ammoniacale.

5° La poudre des calculs, presque insoluble dans l'eau, n'a été nullement attaquée par l'alcool et l'éther

bouillant. Ces deux menstrues ne lui ont enlevé aucune trace sensible de matière grasse.

6° Mais l'ammoniaque la dissolvait aisément, et donna par évaporation lente une cristallisation de *cystine* en petites aiguilles.

7° La potasse pure a produit un effet semblable, ainsi que les bicarbonates alcalins, et dans les deux cas les solutions additionnées d'acide acétique laissèrent précipiter une poudre blanche qui, lavée à l'eau ou à l'alcool afin d'enlever tout l'acétate formé, fut séchée dans le vide sur le verre de montre où l'opération avait eu lieu. J'ai obtenu alors une poudre blanche, d'un aspect nacré, offrant à la loupe de petites lames micacées, et présentant les caractères assignés à la *cystine*.

Conclusions.

A l'ensemble de ces caractères, on ne peut se méprendre sur la nature des calculs qui font le sujet de cette note ; ils étaient entièrement composés d'*oxide cystique pur* (cystine), avec une trace inappréciable de *phosphate calcique*.

La solubilité de ces concrétions vésicales dans les bicarbonates alcalins m'avait engagé à faire conseiller au malade l'usage des eaux de Vichy et des pastilles de Darcet, ou autres préparations analogues ; j'ai su quelque temps après qu'il avait éprouvé de bons effets de ce conseil ; mais depuis j'ai tout à fait perdu cette affaire de vue, et j'ignore aujourd'hui si le mieux a persisté.

Acide camphorique anhydre, acide camphovinique, éther camphorique.

A la société philomatique, M. Malagutti a lu une note sur *l'acide camphorique* et deux de ses dérivés, *l'acide comphovinique* et *l'éther camphorique*. Suivant M. Malagutti, l'acide camphorique cristallisé, obtenu par l'action très-prolongée de l'acide nitrique sur le camphre ayant tous les caractères de l'acide camphorique pur, a donné, par la combustion avec l'acide de cuivre :

Carbone. . . .	60,20 (1)
Hydrogène. . .	8,00
Oxygène. . . .	31,79

Ce qui correspond à la formule empirique $C^{20} H^{16} O^{4}$.

En faisant bouillir l'acide camphorique avec de l'acide sulfurique ou de l'acide hydrochlorique et de l'alcool, on obtient une substance sirupeuse amère, qui ne se dissout pas dans l'eau, qui se dissout dans les dissolutions alcalines, d'où elle est précipitée par les acides, et qui est très-soluble dans l'alcool. Cette substance, après avoir séjourné quelques jours dans le vide, présente la composition suivante : $C^{48} H^{40} O^{8}$, qui peut se représenter par $(C^{40} H^{28} O^{6} + C^{8} H^{10} O + OH^{2})$ A.

Si l'on représente l'acide camphorique par la formule $C^{20} H^{14} O^{3} + OH^{2}$, on voit que la formule A représente exactement 2 atomes d'acide camphorique privés chacun d'un atome d'eau, plus un atome d'éther, plus un atome d'eau, ce qui est la véritable composition des acides viniques libres.

Si l'on distille cette matière sirupeuse (acide camphovinique) dans une cornue de verre à la lampe à l'alcool, on obtient une matière butireuse, des gaz carburés inflammables et un résidu charboneux.

En traitant par l'alcool bouillant la matière butireuse, on obtient par le refroidissement des cristaux d'une longueur remarquable ; ces cristaux n'ont ni saveur ni odeur, ils sont tout à fait neutres, fondent et se volatilisent sans se décomposer, se combinent malgré leur neutralité avec les bases, et donnent des sels cristallisés ; ils sont doués d'une foule de propriétés physiques et chimiques qui les séparent de l'acide camphorique. La composition de ces cristaux est $C^{20} H^{14} O^{3}$, formule qui est exactement confirmée par l'analyse des combinaisons de cette substance cristalline avec l'oxide d'argent et l'oxide de cuivre, de manière qu'elle peut représenter de l'acide camphorique, moins un atome d'eau. Mais ces cristaux qui, sans avoir une réaction acide, sont pourtant un véritable acide en s'éthérifiant par l'action combinée de l'alcool et d'un acide puissant, donnent le même acide vinique que celui produit par l'acide camphorique cristallisé, ce qui constitue une preuve pour admettre que l'acide camphorique cristallisé $C^{20} H^{16} O^{4}$ contient un atome d'eau qu'il perd en se combinant à certaines bases. Ce qui va suivre confirme cette opinion.

Les eaux-mères alcooliques, qui ont laissé précipiter l'acide camphorique anhydre traité par l'eau, donnent un dépôt huileux assez dense, qui, bouilli quelques minutes avec un peu de potasse, devient très-fluide. On lui trouve une odeur particulière, une saveur désagréable, et la propriété de se volatiliser sans se décomposer. La composition de cette substance est, d'après l'expérience $C^{28} H^{24} O^{4}$, ce qui correspond à l'éther camphorique, $C^{20} H^{14} O^{3} + C^{8} H^{10} O$. Comme on obtient cet éther, soit avec l'acide camphorique cristallisé, soit avec l'acide anhydre, il faut en conclure que, dans l'acte de l'éthérification, l'acide camphorique ordinaire quitte un atome d'eau et devient anhydre, que par conséquent la formule est $C^{20} H^{14} O^{3} + OH^{2}$, et que, lorsqu'il entre en combinaison, il perd un atome d'eau, l'on a ainsi les formules suivantes :

$C^{20} H^{14} O^{3} + O^{2}$	acide camphorique ordinaire.
$C^{20} H^{14} O^{3}$	*id.* anhydre.
$C^{40} H^{28} O^{6} + C^{8} H^{10} O + H^{2} O$	acide camphorique.
$C^{20} H^{14} O^{3} + C^{8} H^{10} O$	éther camphorique.

A. B.

---

(1) M. Liebig, *Ann. de chimie et de phys.*, t. 47, p. 98, donne ainsi la composition de l'acide camphorique ;

Carbone. . .	56,29
Hydrogène. .	6,89
Oxygène . .	36,83

Ce qui correspond à la formule $C^{20} H^{15} O^{5}$.

Sur l'huile animale de Dippel des anciens; par M. Klauer, pharmacien à Mülhausen. (Annalen der pharmacie, vol. XIX, cah. 2, pag. 135.)

(Extrait par M. Vallet.)

Il est un grand nombre de préparations pharmaceutiques fort employées autrefois, et qui sont aujourd'hui, ou tombées dans un discrédit complet, ou bien moins usitées : ne doit-on pas, pour quelques-unes du moins, en chercher la cause dans les modifications prétendues rationnelles qui ont été apportées à la préparation indiquée par leur auteur, et qui en ont changé, et la nature, et les propriétés médicales. Cette observation, déjà vérifiée pour l'esprit de Mindererus, est surtout applicable à l'huile animale de Dippel, sur la composition de laquelle la chimie moderne a jeté un jour si nouveau et si inattendu. Les anciens auteurs disent que cette huile a une odeur suave et une saveur agréable; on ne pourrait, certes, en dire autant de notre huile animale volatile qui a une odeur et une saveur désagréables. Quelle pouvait être la cause de cette différence? La première idée qui devait naturellement se présenter à l'esprit de M. Klauer, était de rechercher le mode de préparation employé par Dippel et les anciens médecins. Il a trouvé que Dippel obtenait cette huile en distillant l'huile animale sans addition jusqu'à ce qu'il ne restât plus de résidu noir; il la soumettait ainsi à quinze distillations au moins. Ce procédé fut successivement modifié en quelques points par Frédéric Hoffmann et George Model. Plus tard, on prescrivit d'agiter l'huile noire de corne de cerf avec de l'eau chaude, de séparer l'huile surnageante de la solution aqueuse, qui contenait la majeure partie des sels ammoniacaux renfermés dans l'huile, et de distiller celle-ci jusqu'à ce qu'elle commencât à passer avec une couleur jaunâtre, et enfin de la distiller seule jusqu'à ce qu'elle ne laissât plus de résidu. L'auteur répéta le procédé de Dippel sur une huile animale volatile, qui avait déjà une couleur jaune claire. Les distillations successives eurent lieu dans une cornue de verre au bain-marie; le résidu noir diminua peu à peu, et ce ne fut qu'après quatorze distillations qu'il disparut complétement. Le produit de la quatorzième rectification avait alors la clarté de l'eau; son pouvoir réfringent était considérable; il avait une odeur agréable de cannelle et une saveur brûlante, puis douce, qui rappelait un mélange de bonne cannelle et de poivre; toutefois, conservé pendant longtemps, même en un lieu obscur, il recommença à se colorer en jaune. La pesanteur spécifique de cette huile était — 0,865; broyée avec de la potasse caustique, elle laissait dégager de l'ammoniaque à l'aide de la chaleur. Les résultats de ce travail concordent avec les dernières recherches de M. Reichenbach sur les produits de la distillation sèche des corps organiques. Cet habile chimiste nous a fait voir, en effet, que toutes les sortes de goudron, et conséquemment aussi l'huile de corne de cerf, donnent de l'eupione, de la créosote, du capnomore, du picamare, de l'ammoniaque, de l'acide acétique, etc. Mais par les rectifications successives de l'huile animale, la majeure partie des substances peu volatiles, telles que la créosote, le picamare, le capnomore, ainsi que le principe particulier aisément oxidale, reste peu à peu dans la cornue; tandis que dans le produit de la distillation on doit trouver surtout l'eupione en combinaison avec une certaine quantité de picamare et de capnomore dont il est très-difficile de la débarrasser. Des propriétés de ces trois dernières substances à l'état pur, il résulte que la saveur poivrée provient du picamare, l'odeur aromatique agréable du capnomore, tandis que l'eupione, inodore et insipide, ne doit être regardée que comme leur dissolvant; mais c'est la réunion de ces trois substances qui constitue l'odeur agréable et la saveur aromatique de la véritable huile animale de Dippel. Des recherches ultérieures ont appris à l'auteur, que le meilleur moyen de se débarrasser du principe facilement oxidable qu'elle contient encore, consiste à ne recueillir d'abord que la sixième partie de l'huile employée et à la rectifier seule. Outre les substances qui viennent d'être mentionnées, l'huile animale de Dippel doit aussi nécessairement contenir des sels ammoniacaux, puisque, durant tout le cours du travail, on n'a rien employé qui puisse les éliminer.

Huile volatile de quelques espèces de melaleuca, cultivées dans le jardin botanique d'Iéna. Conclusions sur la couleur verte de l'huile de cajeput; par Carl Stickel, à Iéna. (Annalen der pharmacie, XIX, cah. 2, pag. 224.)

(Extrait par M. Vallet.)

Il règne parmi les savants deux opinions différentes sur la cause de la coloration verte de l'huile essentielle de cajeput. Les uns l'attribuent uniquement à la présence du cuivre; les autres pensent que cette huile, dans son état de pureté, possède, par elle-même, une couleur verte. Nous citerons, parmi ces derniers, MM. Berzélius, Reinwardt, qui a obtenu, à Amboine même, une huile de cajeput verte, Nees d'Esembeck, Martius, Leverkohn, Pfaff et Caventou. On peut encore admettre une troisième opinion mixte, qui concile les deux premières, c'est l'opinion à laquelle les expériences de l'auteur l'ont conduit. En effet, la distillation des feuilles des melaleucas *hypericifolia* et *splendens*, cultivées avec beaucoup de succès dans le jardin botanique d'Iéna, lui a fourni une huile absolument semblable pour l'odeur et la saveur à celle de nos officines, d'un vert jaunâtre, mais plus pâle que celle qui nous provient par la voie du commerce. Il pense donc que la couleur verte pâle naturelle de cette huile ne peut s'élever à l'intensité de la couleur verte de celle du commerce, que par la présence du cuivre qu'il a d'ailleurs constatée dans cette dernière (1).

M. Stickel termine sa note par les réflexions suivantes :

1. Vraisemblablement dans les îles de l'archipel des Indes orientales, où l'huile de cajeput se prépare en grand, on emploie, non-seulement les melaleucas leucadendron et cajeputi, ou d'après les dernières recherches le melaleuca trinervis (Hamilton), mais encore plusieurs autres espèces appartenant au genre mela-

(1) Ces résultats sont parfaitement d'accord avec ceux obtenus déjà par M. Guibourt, et qui sont consignés dans son histoire abrégée des drogues simples

(*Note du traducteur.*)

leuca, puisque les melaleucas hypericifolia et splendens lui ont fourni une huile qui, sous le rapport de la saveur et de l'odeur, ne différait pas du tout de l'huile de cajeput des officines.

2. Les feuilles des melaleucas sont les parties de la plante les plus riches en huile essentielle. Les tiges, au contraire, sont tout à fait insipides, tandis que les semences ont une saveur camphrée et brûlante.

3. Avec le temps, la couleur verdâtre de l'huile des melaleucas devient jaunâtre. Il n'a fallu qu'un an pour opérer ce changement dans celle de l'auteur.

4. Peut être serait-il avantageux de cultiver les melaleucas pour les besoins médicaux dans les contrées méridionales de l'Europe, où la température ne s'abaisse pas au-dessous de + 3 à 4° Réaumur (température à laquelle ces arbrisseaux vivent très-bien en pleine terre).

Manière d'être du chloride de fer avec l'éther; par Franz Jahn, pharmacien à Meiningen. (Annalen der pharmacie vol. XIX, cah. 3, p. 321.)

(Extrait par M. Vallet.)

L'auteur fut curieux de voir comment se comporterait, à la lumière solaire, une dissolution de chloride de fer sec dans l'éther. Dans ce but, quelques flacons allongés furent remplis d'une dissolution d'une partie de chloride sublimé dans 3 p. d'éther sulfurique rectifié d'une pesanteur spécifique de 0,730 (conséquemment assez anhydre) et exposés au soleil. Il se déposa d'abord sur les parois des vases, de petits corps sphériques semblables à des bulles d'air, qui augmentèrent et se réunirent en un liquide pesant sous l'éther. En renversant le vase et l'ouvrant, on en laissa tomber quelques gouttes dans lesquelles on reconnut le chlorure de fer comme en formant la principale partie; mais l'éther, surnageant, n'en contenait pas, et ne renfermait que du chloride.

Par une plus longue exposition au soleil, l'éther finit peu à peu par se dépouiller complétement de son fer; et on remarqua au-dessous de ce liquide, une autre liqueur, aqueuse, épaisse, brune, qui, par le refroidissement du verre, se solidifia en une masse cristalline, mêlée d'un corps noir (vraisemblablement charbonneux). Cette masse, après la décantation de l'éther, se laissa dissoudre dans de l'eau distillée, avec dépôt de cette substance noire et séparation de flocons légers, colorés en vert-gris, ainsi que d'un corps, d'apparence huileuse, se déposant sur les parois du vase, mais en trop petite quantité pour le soumettre à d'autres expériences. Toutefois, ni l'eau ni les acides n'avaient d'action sur lui; l'éther seul parut exercer sur ce corps quelque action dissolvante.

L'éther, lui-même, offrit un phénomène très-singulier. Aussitôt à l'ouverture d'un vase, qui n'avait été exposé que peu de temps aux rayons du soleil, et qui avait à peine été soumis à une température de + 15° Réaumur, il se dégagea de l'éther une grande quantité de petites bulles de gaz, et il s'éleva du vase, lui-même, ainsi que du liége mouillé par l'éther, *des vapeurs acides*. Dans un temps assez court, pendant lequel on n'ouvrit le vase que quelquefois, ces vapeurs remplirent toute la chambre; elles n'étaient autres que de l'acide hydrochlorique anhydre mêlé à l'éther. En effet, du papier tournesol sec, tenu au-dessus du vase, fut promptement rougi par la seule vapeur; de plus, une dissolution de nitrate d'argent fut fortement troublée par quelques gouttes de cet éther; enfin, le mélange de celui-ci avec de l'ammoniaque liquide produisit d'épaisses vapeurs, et il se forma aussitôt une couche de sel ammoniac dans le contact des vapeurs de l'éther avec le gaz ammoniac sec. Après le mélange complet de l'éther avec la solution de potasse caustique, ces vapeurs cessèrent entièrement.

L'éther, aussitôt après sa décantation, se montra coloré en noir brunâtre. Soumis à la distillation (pendant laquelle il passa aussi fumant qu'auparavant), il laissa pour résidu, outre un peu de chlorure de fer, un corps brun noirâtre, et probablement de nature résineuse, indifférent à l'action de l'eau (qui ne put dissoudre que la petite quantité de chlorure de fer qu'il contenait), de l'alcool et des acides; seulement la solution de potasse caustique, soumise à l'ébullition avec ce corps, prit une couleur jaunâtre, et laissa un charbon évidemment plus pur. Cette substance résineuse avait beaucoup de ressemblance pour l'odeur avec le corps charbonneux qui se forme dans la préparation de l'éther, et qui reste dans le résidu avec l'acide sulfurique. Du reste, il ne se forme pas du tout d'éther hydrochlorique.

Le chlore, séparé du chloride de fer par l'influence du soleil, réagit donc ici sur les éléments de l'éther, de manière à se combiner avec une partie de l'hydrogène pour former de l'acide hydrochlorique. Alors, tandis qu'une partie de carbone est mise à nu, les autres élements de la portion d'éther décomposée, l'oxygène et encore une partie de l'hydrogène forment, par leur combinaison, de l'eau, dans laquelle le chlorure produit se dissout (peut-être même la grande tendance du chlorure à se combiner avec l'eau détermine-t-elle la formation de ce liquide), et qui absorbe aussi une partie de l'acide hydrochlorique formé; car ce chlorure liquide à chaud, cristallisant par le refroidissement, et conséquemment aqueux, offre une réaction très-acide étant dissous dans l'eau. Vraisemblablement il se forme toujours trop peu d'eau pour pouvoir absorber tout l'acide hydrochlorique produit, et le surplus reste combiné ou mélangé avec l'éther; mais, dans tous les cas, il est très-probable qu'il se forme aussi dans cette décomposition de l'éther, une espèce de carbure de chlore ou des produits semblables par la combinaison de chlore avec le carbone mis en liberté : la substance huileuse, qui se dépose sur les parois du vase, et dont il a été question, semble déjà indiquer cette *dernière formation*.

Sur l'acide oxalhydrique de M. Guérin. (Annalen der pharmacie, vol. XIX, cah. 3, p. 335.)

(Extrait par M. Vallet.)

M. le professeur Erdemann de Leipsick a fait la découverte remarquable que l'acide particulier, obtenu par le traitement du sucre (acide oxalhydrique de M. Guérin, acide malique artificiel), possède la composition de l'acide tartrique. Si on abandonne pendant longtemps une dissolution de cet acide, elle se trans-

forme en acide tartrique ordinaire. Tous les oxalhydrates se changent en tartrates ordinaires, et l'oxalhydrate d'ammoniaque cristallisé, décrit par M Guérin, est du tartrate pur de cette base. Les sels contiennent sur 2 at. de base 3 ($C^4 H^4 O^5$).

Un examen ultérieur a démontré que cet acide est identique avec l'acide tartrique isomérique de M. Braconnot, que l'on obtient par la fusion de l'acide tartrique ordinaire. M. Liébig avait déjà obtenu, il y a quelques années, des cristaux d'acide tartrique nets et bien formés du sirop acide qui reste après la préparation de l'acide oxalique par l'emploi du sucre et de l'acide nitrique, et qu'il avait abandonné pendant longtemps à lui-même. Toutes les anomalies dans la manière d'être des oxalhydrates disparaissent avec cette belle et importante découverte.

Sur quelques pyrophores d'une préparation très-facile; par Rudolph Botliger. (Journal fur praktische chemie, vol. VIII, cah. vij, p. 477.)

(Extrait par M. Vallet.)

On sait que, lorsqu'on mêle promptement dans une capsule sèche deux et demi-parties en poids d'acide tartrique pur, *privé de son eau de cristallisation*, parfaitement sec et réduit en poudre avec 8 p. de peroxide de plomb, il en résulte en peu de temps une ignition de toute la masse, qui est très-vive et dure longtemps. Ce fait, mentionné pour la première fois par Walker, devait faire présumer que les autres acides organiques offriraient une réaction semblable avec le peroxide de plomb. M. Boltliger a répété l'expérience sur les acides oxalique et citrique, et a trouvé que l'action du premier sur le peroxide de plomb était plus prompte, si non plus forte que celle de l'acide tartrique, et que celle de l'acide citrique était un peu plus faible. Ainsi, en mêlant ensemble 5,25 p. en poids de peroxide de plomb avec 1 p. d'acide oxalique desséché à l'air chaud ou contenant 19 p. c. d'eau, on observe presque immédiatement une ignition instantanée de la masse, mais qui dure beaucoup moins qu'avec l'acide tartrique, parce que l'acide oxalique contient moins de carbone que ce dernier. Pour obtenir un pyrophore avec l'acide citrique, il faut mêler promptement à une température de 18° R. 1 atome d'acide citrique préalablement fondu et entretenu pendant quelque temps en fusion, puis séché et pulvérisé avec 2 atomes de peroxide de plomb. L'ignition de toute la masse est presque aussi vive et dure aussi longtemps qu'avec l'acide tartrique. Le minium, la litharge et le carbonate de plomb, mêlés avec ce dernier acide, donnent également, d'après l'auteur, des pyrophores mais moins bons que ceux obtenus avec l'oxide puce.

Sur une nouvelle préparation de fer; par C. Klauer, pharmacien à Mülhausen. (Annalen der pharmacie, vol. XIX, cah. 2, p. 129.)

(Extrait par M. Vallet.)

Le docteur Becker avait mêlé à l'état encore humide avec du sucre le précipité obtenu en décomposant une dissolution de protosulfate de fer par du carbonate de soude, et ce mélange lui avait donné, après la dessiccation, une poudre noire verdâtre qui avait conservé sa couleur au bout de quelque temps, et n'avait pas présenté de taches de rouille. Présumant que ce produit riche en protoxide de fer, et qui n'avait pas durant sa dessiccation été exposé à une température capable d'augmenter beaucoup sa cohésion, serait facilement absorbé par les sucs animaux, et se prêterait très-bien à l'usage médical, il entreprit des expériences qui répondirent entièrement à cette supposition. Il chargea donc M. Klauer de soumettre ce sujet à un examen plus approfondi, et de chercher le procédé le plus avantageux pour obtenir le nouveau produit. Voici celui auquel ce pharmacien s'est arrêté : du protosulfate de fer de couleur bleue, préparé d'après la méthode de Ronsdorff, est dissous à l'aide de la chaleur dans de l'eau privée d'air par l'ébullition, et la dissolution est filtrée dans un flacon qui puisse être bien bouché après la filtration : à cette dissolution on en ajoute en excès une autre obtenue en faisant dissoudre également du carbonate de soude dans de l'eau privée d'air, et on bouche avec soin le flacon. Lorsque le précipité s'est bien déposé, on décante la liqueur surnageante, on jette le protocarbonate de fer sur un linge, on le lave aussi promptement et aussi bien que possible avec de l'eau bouillie, puis, lorsqu'il est égoutté, on le met dans une capsule évaporatoire; on ajoute aussitôt la quantité de sucre convenable (2 parties de sucre sur 1 de protoxide), et on fait rapprocher le tout jusqu'à siccité avec la plus grande promptitude. Par l'addition du sucre la bouillie contenue dans la capsule ne tarde pas à devenir fluide; il se dégage de l'acide carbonique, et la masse prend une couleur verte noirâtre que la poudre conserve également. M. Klauer a cherché à déterminer les proportions relatives de protoxide et de tritoxide de fer contenues dans ce produit; il y a trouvé sur 100 parties 4,375 de tritoxide et 17,950 de protoxide. Ce résultat montre que la présence du sucre empêche la majeure partie du protoxide de fer de passer à un degré d'oxidation plus avancé. Le sucre agit-il ici comme corps désoxygénant, ainsi qu'on l'observe dans l'action du miel, du suc de réglisse et du sucre lui-même, etc., sur les deutosels de cuivre et de mercure? ou bien se forme-t-il une combinaison réellement chimique du sucre avec le protoxide de fer? Se fondant sur l'infériorité de la force réductive du sucre comparée à celle du miel, sur la combinaison intime de l'oxygène dans le tritoxide de fer que le miel lui-même ne peut réduire, sur les combinaisons chimiques définies que le sucre forme avec plusieurs oxides métalliques, notamment avec l'oxide de plomb; sur la propriété que ce corps possède dans son mélange avec le carbonate de soude en poudre fine de chasser l'eau de cristallisation de ce sel, ainsi que cela a lieu quand on broie ce même sel avec de l'acide tartrique pulvérisé; sur l'état moléculaire très-favorable à la combinaison du protocarbonate de fer tout récemment précipité; enfin, sur la fluidité de la masse, M. Klauer se range à la dernière opinion : il y trouve une explication tout à fait simple et satisfaisante de ce fait que les eaux minérales ferrugineuses, qui, comme on le sait, ne contiennent que du protoxide de fer, se conservent mieux par une addition de sucre, et sont bien plus longues à fournir un dépôt ocreux, que celles auxquelles on n'a pas ajouté de sucre.

Du tannin considéré sous les rapports de sa préparation, de son action sur les tissus devenus inertes et sur les tissus vivants ou malades.

(Extrait d'un mémoire communiqué à l'Académie royale de Médecine ; par M. le docteur A. Cavarra.)

Depuis que M. Pelouse a fait connaître l'analyse du tannin pur, j'ai voulu, dit l'auteur, m'occuper des actions physiques, physiologiques et thérapeutiqnes de cette substance, la comparer à celle des autres tannins décrits par les auteurs, et aux actions des diverses matières astringentes dont les propriétés sont attribuées au tannin qu'elles contiennent. Je me suis assuré d'abord que le tannin préparé par le procédé de M. Pelouse, que je qualifierai de *tannin pur*, rend imperméable la peau aussi bien que les autres espèces de tannin, et que la liqueur chargée de principe astringent qu'on appelle *jus de tan*. La différence, que j'ai pu constater entre l'un et les autres corps, consiste en ce que le tannin pur est absorbé en deux ou trois heures, tandis que les autres demandent plusieurs semaines, et que le jus de tan n'exige pas moins de 15 à 18 mois.

De même le tanin pur, dans son action sur l'économie vivante, conserve à l'égard des autres tannins un rapport d'intensité parfaitement analogue à celui qu'il produit dans son action sur les tissus privés de vie. Ainsi, par exemple, l'action stiptique d'un quart de grain du tannin de Pelouse a lieu immédiatement, tandis que les autres tannins, ou les substances supposées contenir ce principe, agissent très-lentement et à des doses souvent centuples.

Sans se prononcer actuellement pour l'une ou l'autre des opinions qui cherchent à expliquer la manière dont le tannin agit dans le tannage des cuirs, si c'est en formant un composé insoluble de gélatine et de tannin ou bien une combinaison insoluble de ce corps avec la peau, M. Cavarra se borne à constater cette imperméabilité, comme le résultat d'une action *chimico-mécanique*, dans laquelle le cuir offre une porosité mesurant un espace moindre que les molécules de l'eau.

Ce fait constaté sur les tissus privés de vie, il fallait s'assurer si les effets du tannin, mis en contact avec les tissus vivants, étaient soumis à des lois différentes, et s'ils offraient autre chose qu'un simple phénomène de rétrécissement analogue ou identique. De nombreuses expériences sur des chiens et même sur l'homme ont fait voir à l'auteur du mémoire qu'il était inutile, dans ces cas, d'invoquer les lois vitales pour l'explication de ce phénomène à la fois simple, général et toujours identique. Constamment sur l'économie vivante, M. Cavarra a observé cette même action *chimico-mécanique* que le tannin exerce sur un tissu organique inerte ; et lorsque cette affinité agit sur les membranes muqueuses, il y a réellement formation d'un composé insoluble qui diminue la porosité et le rend moins pénétrable pour les atomes muqueux.

Ces conclusions ne sont point l'effet d'un simple raisonnement, d'une vue *à priori*, qui ne fait que déduire une analogie d'action. En effet, en observant à la loupe les membranes muqueuses qui avaient subi l'action du tannin pur, M. Cavarra a vu leur porosité diminuée et plus rétrécie que dans l'état qui avait précédé. Tandis que l'inspection de ces mêmes organes chez des individus morts de diarrhée, des suites d'une sécrétion abondante des bronches, offraient une porosité presque double de ce qu'elle est dans l'état normal.

L'observation confirme donc ici la cause des sécrétions muqueuses attribuées au relâchement de la membrane muqueuse, dans ces diarrhées atoniques, les catarrhes pulmonaires ou les bronchites, les gonorrhées simples, etc.

Sans rapporter ici tous les faits recueillis sur l'action constante et certaine du tannin pur employé en quantité minime pour combattre avec efficacité toutes sortes de relâchements, arrêter les sécrétions qui en résultent, dont un certain nombre sont détaillés dans le mémoire de M. Cavarra, nous arrivons à indiquer la dose à laquelle ce médecin a coutume d'administrer le tannin dans les maladies sus-mentionnées, et sous quelle forme il fait prendre ce médicament,

Prenez : Tannin pur. gr. ij.
Gomme et sirop simple. S. Q.
Pour former huit pilules.

Ces pilules se prennent matin et soir. On diminue ou on augmente la dose, qui ne doit pas être portée au-delà de deux grains par jour.

Du reste, le tannin, d'après les expériences faites par M. Cavarra, soit sur les animaux, soit sur lui-même, ne peut être considéré comme un poison, malgré l'inconvénient d'en pousser trop loin l'usage. Il n'agit point par la méthode endermique, il est très-propre à faire cesser les hémorrhagies et à exercer une action bienfaisante dans la phthisie pulmonaire et dans les toux nerveuses ; il mérite donc, sous ces divers points de vue, la sérieuse attention des médecins.

P.-F.-G. Boullay.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL

De la séance de la Société de Pharmacie, du 4 janvier 1837.

Présidence de M. Dizé.

La société reçoit : 1° Un numéro des Annales de pharmacie d'Allemagne (renvoyé à M. Vallet). 2° Un exposé des travaux du conseil de salubrité de Nantes (renvoyé à M. Chevallier). 3° Un numéro des Annales des mines (renvoyé à M. Soubeiran). 4° Un numéro du Journal de Santé. 5° Le numéro de décembre du Journal de Pharmacie.

M. Guibourt fait, en son nom et celui de M. Planche, un rapport sur un travail de M. Fayard, relatif à la conservation des infusions et des sucs acides, et conclut à l'impression de ce travail. Le rapport et ses conclusions sont adoptés.

M. Vallet rend compte des journaux allemands. M. Durozier demande que la note relative à l'huile animale de Dippel des anciens, et qui fait partie de cette revue, soit communiquée à la commission de rédaction du Codex ; la société adopte cette proposition.

M. Chevallier indique un procédé qui lui a très-bien réussi pour la préparation du phloridzin.

Ces nombres conduisent à la formule

$$C^{24}\,H^{6}\,Cl^{6}\,O^{2} + H^{3}\,Az + {}^{2}\,H_{2}\,O.$$

		Calculé	Trouvé.
C^{24}	917,16	32,58	31,348
H^{13}	81,14	2,88	2,803
Cl^{6}.	1327,80	47,17	47,100
O^{4}.	400,00	14,23	15,349
Az.	88,50	3,14	3,400
	2814,60	100,00	100,000

D'où vient l'acide chlorophénisique? quel est le corps qui lui a donné naissance? Le goudron renferme bien des substances différentes; je n'en connais encore que deux, le naphtalène et le paranaphtalène, et ni l'un ni l'autre ne pourraient, avec le chlore, donner de l'acide chlorophénisique, puisqu'ils ne renferment pas d'oxigène.

D'après ma théorie, tous les acides doivent se représenter par un radical dérivé combiné avec de l'oxigène en excès, et pour trouver le radical fondamental, il faut remplacer les corps substituants par leur équivalent d'hydrogène; puisque l'acide chlorophénisique ne renferme que deux atomes d'oxigène, il n'y a que deux manières pour représenter sa formule rationnelle.

1° $C^{24}\,H^{6}\,Cl^{6}\,O + O$ dérivant de $C^{24}\,H^{14}$
et 2° $C^{24}\,H^{6}\,Cl^{6}\,O + O^{2}$ dérivant de $C^{24}\,H^{12}$

Quel radical faut-il choisir? Suivant ma théorie, le nombre des atomes du carbone doit être à celui des atomes de l'hydrogène dans un rapport simple; le premier radical donne celui de 12 à 7 et le second celui de 2 à 1. J'adopte donc ce dernier, qui me conduit à admettre qu'il existe dans le goudron un radical qui a pour formule $C^{24}\,H^{12}$; celui-ci ne serait autre chose que la benzine. Cet hydrogène carboné a été découvert par M. Faraday dans le gaz portatif comprimé; rien sans doute n'est plus naturel que de supposer qne le goudron lui-même renferme de la benzine ou une de ses combinaisons. Le chlore en agissant sur la benzine, la convertit en chlorobenzone, dont la formule suivante a été donnée par M. Péligot :

$$C^{24}\,H^{12} + Cl^{12}.$$

J'ai fait voir dans un autre mémoire que ma théorie me forçait d'admettre un autre arrangement dans les atomes de ce composé, et je l'ai représenté de la manière suivante :

$$C^{24}\,H^{6}\,Cl^{6} + H^{6}\,C^{6}l.$$

En adoptant cette dernière formule, on voit que la chlorobenzone renferme le même radical que l'acide chlorophénisique; mais d'où vient l'oxigène qui est dans ce dernier composé? puisque le goudron ne renferme pas d'acide, l'oxigène qu'il renferme devait y être à l'état d'eau combinée avec la benzine; j'en conclus qu'il existe dans le goudron un hydrate de benzine, ou un *esprit de goudron* analogue à l'*esprit de bois* et à l'*esprit de vin*, et qu'il a pour formule :

$$C^{24}\,H^{12} + H^{4}\,O^{2}.$$

Lorsque le chlore agit sur cet hydrate, il doit enlever H^{4} de l'eau sans substitution, et H^{1}, H^{2}.... H^{12} du radical avec substitution; les deux atomes d'oxigène doivent rester au delà du radical pour l'acidifier. On peut donc obtenir une série d'acides dont la formule générale sera $C^{24}\,(H, Ch)^{12} + O^{2}$, c'est-à-dire que le rapport des atomes de l'hydrogène à ceux du chlore sera quelconque, mais leur somme sera 12. L'acide chlorophénisique est dans ce cas, et l'équation suivante rend compte de sa formation :

$$(C^{24}\,H^{12} + H^{4}\,O^{2} + Cl^{16} = (C^{24}\,H^{6}\,C^{6} + O^{2}) + H^{10}\,Cl^{10}$$ qui se dégage.

J'ai pensé un moment que la créosote pourrait bien être l'hydrate de benzine, car l'analyse de cette substance faite par M. Ettling, lui a donné, terme moyen :

Carbone	75,65
Hydrogène.	7,78
Oxigène	16,57
	100,00

Et l'analyse calculée dans l'hypothèse où la créosote serait un hydrate de benzine, donne :

C^{24}.	75,36
H^{16}	8,20
O^{2}	16,44

Comme on le voit, ces nombres s'accordent certainement assez bien pour engager à faire d'autres tentatives de rapprochement; il est inutile de rappeler que la créosote se trouve dans le goudron de bois, et qu'il n'y aurait rien de forcé en supposant que le goudron de houille en renferme. Il est vrai que dans une note que j'ai publiée sur l'huile des schistes bitumineux, j'ai annoncé avoir développé l'odeur de la créosote dans le goudron de la houille, mais c'est seulement après y avoir fait passer un courant de chlore; j'ai pris sans doute alors l'odeur de l'acide chlorophénisique, que je ne connaissais pas, pour celle de la créosote; et même c'est cette analogie d'odeur qui m'a porté plus tard à comparer l'analyse de l'acide chlorophénisique avec celle de la créosote, et à faire les rapprochements que je viens d'indiquer. Pour vérifier ces hypothèses, j'ai acheté de la créosote, et j'ai voulu prendre d'abord son poids atomique, en la combinant avec la potasse; mais elle était tellement impure, que 10 grammes de créosote ne m'ont pas donné un décigramme de la combinaison cristallisée signalée par M. Reichenbach; j'ai dû renoncer à faire des recherches sur ce sujet.

Acide chlorophénèsique.

La première fois que j'obtins cet acide à l'aide du carbonate de soude, j'y fis peu attention, parce que je le regardais comme une espèce d'huile simplement soluble dans l'ammoniaque, et je négligeai de recueillir convenablement tout celui que j'avais obtenu; mais l'analyse de l'acide chlorophénèsique ayant jeté quelque intérêt sur les matières que renferme le goudron, je re-

pris ce qui me restait d'acide chlorophénèsique pour l'examiner et je le purifiai par la distillation. Il est huileux, il possède une odeur semblable à celle du précédent, et il est volatil sans décomposition. L'eau ne le dissout pas, mais il est excessivement soluble dans l'alcool et l'éther. Avec l'acide nitrique bouillant, il donne une matière cristalline très-volatile, qui est probablement la même que celle que l'on obtient avec l'acide chlorophénisique. Si, sur l'acide huileux, on verse de l'ammoniaque liquide, il se solidifie subitement en une matière cristalline. La combinaison exposée à l'air perd peu à peu l'ammoniaque qu'elle renferme, et elle redevient huileuse ; elle se solidifie de nouveau quand on y ajoute de l'ammoniaque ; ce sel est soluble dans l'eau. Je ne puis pas regarder le traitement par le carbonate de soude comme ayant été suffisant pour purifier l'acide chlorophénèsique ; aussi l'analyse que j'en donne ne pourrait conduire au résultat calculé que j'adopte sans les considérations que j'y ajoute.

0gr,3465 d'acide chauffés avec l'oxide de cuivre m'ont donné
0gr,5200 d'acide carbon. renferm. 0,14378 de carb.,
0gr,0880 d'eau » 0,00977 d'hydr.

Une autre portion d'acide chauffée avec de la chaux m'a donné, avec le nitrate d'argent, une quantité de chlorure d'argent correspondant à 43,00 de chlore.

Ces nombres peuvent conduire à la formule suivante :

		Calculé.	Trouvé.
C^{24}. . . .	917,16	42,35	41,49
H^{10}. . . .	62,50	2,88	2,82
Cl^{4}. . . .	885,28	40,89	43,00
O^{3}. . . .	300,00	13,88	12,69
	2164,94	100,00	100,00

Si on suppose que, comme l'acide chlorophénèsique, celui-ci renferme un atome d'eau, la formule devient :

$$C_{24}\ H^{3}\ Cl^{4}\ O_{2} + H_{2}\ O.$$

Il est inutile d'entrer dans des détails sur l'origine et la manière de représenter cet acide, on voit que les raisonnements que j'ai faits sur le précédent s'appliquent exactement à celui-ci, qui dérive également de la benzine.

Mais son analyse m'a donné 2 pour 100 de chlore de plus, et un centième de carbone de moins que le résultat calculé ; cette différence peut très-bien s'expliquer, car j'ai vu que l'acide sur lequel j'ai opéré avait laissé déposer, au bout de plusieurs semaines, un peu d'acide chlorophénèsique, qui est plus riche en chlore et plus pauvre en carbone. Je ferai remarquer, d'un autre côté, que l'analyse de l'acide chlorophénèsique m'a au contraire donné un peu plus de carbone et un peu moins de chlore que le résultat calculé ; cette différence s'explique de même, en supposant, ce qui est très-probable, que l'acide solide renfermait encore un peu d'acide huileux.

La formule de l'acide huileux montre évidemment que le chlore, en agissant sur le goudron, le forme avant l'acide solide, et qu'un excès de chlore doit le transformer dans ce dernier ; il suffit en effet pour cela de lui enlever H_2 et de le remplacer par Cl_2. Je me suis empressé d'essayer cette transformation en faisant passer un courant de chlore dans l'acide huileux légèrement chauffé ; il s'est dégagé de l'acide hydrochlorique, et j'ai obtenu une huile épaisse qui s'est solidifiée par l'ammoniaque ; en faisant bouillir le sel avec de l'eau, la majeure partie s'est dissoute, et il est resté une matière brune analogue à celle qu'on obtient en faisant passer du chlore sur l'acide solide ; l'acide nitrique versé dans la dissolution ammoniacale a donné un précipité qui renfermait de l'acide chlorophénisique mêlé d'acide chlorophénèsique.

En retournant le raisonnement précédent, on voit que si de l'acide chlorophénisique on pouvait enlever deux atomes de chlore et les remplacer par deux atomes d'hydrogène, on retomberait sur l'acide chlorophénèsique. J'ai dit plus haut que le chlorophénisate d'ammoniaque distillé donnait un mélange des deux acides et du gaz azote. Pour que cette transformation ait lieu, il faut qu'une portion de l'ammoniaque soit décomposée, qu'une partie de son hydrogène enlève du chlore pour former de l'acide hydrochlorique, et par conséquent de l'hydrochlorate d'ammoniaque, et qu'une autre partie de son hydrogène remplace, dans l'acide chlorophénisique, le chlore enlevé, pour régénérer l'acide huileux. Cette transformation me fait penser que, pour préparer l'acide huileux, il faudrait faire passer peu de chlore dans le goudron, et qu'il en faudrait au contraire un excès pour obtenir l'acide cristallisé.

Les conclusions auxquelles ces acides m'ont conduit sont assez importantes pour exiger une étude plus approfondie de leurs réactions ; j'aurais désiré reprendre ce sujet, mais il fallait de nouveau se plonger dans des odeurs insupportables ; et d'ailleurs, je n'ai plus d'emplacement convenable pour répéter de pareilles expériences. Il y a quatre ans que j'ai préparé ces acides, mais alors j'avais à ma disposition le laboratoire et la cour de l'école centrale, et je n'avais pas de voisins à incommoder.

Chlorophénise.

Comme on vient de le voir, j'ai été conduit à admettre que la chlorobenzone et l'acide chlorophénisique renfermaient le même radical. Dans ma théorie des *radicaux dérivés*, j'ai établi la proposition suivante : *si le chlore est placé au delà du radical, on pourra l'enlever par la potasse, et non s'il est dans le radical.* Puisque j'ai représenté la chlorobenzone par l'arrangement suivant $C_2\ H_6\ Cl_6$ m $H_6\ Cl$, il faut donc que, en la traitant par la potasse, on puisse lui enlever $H_6\ Cl_6$, et obtenir le radical $C_{24}\ H_6\ Cl_6$. Pour vérifier cette conjecture, j'ai distillé de l'acide benzoïque avec un excès de chaux hydratée pour obtenir la benzine ; j'ai rectifié celle-ci par la distillation, j'ai introduit le produit distillé dans un flacon plein de chlore gazeux, et j'ai exposé le tout au soleil ; au bout de quelques instants il s'est formé des cristaux, mais ils n'étaient pas accompagnés de la matière rougeâtre signalée par MM. Mitscherlich et Péligot. J'ai purifié les cristaux par un lavage à l'alcool froid, et je les ai fait dissoudre dans l'alcool bouillant ; par le refroidissement j'ai obtenu des cristaux qui différaient tellement par leur point de fusion de ceux obtenus par M. Péligot, que j'ai cru devoir en faire l'analyse.

0gr, 500 de cristaux brûlés par l'oxide de cuivre m'ont donné

0gr, 4515 d'acide carbon. renferm. 0,12484 de carb.,
0gr, 1030 d'eau » 0,01143 d'hydrog.

Ces nombres conduisent à la formule suivante :

		Calculé.	Trouvé.
C^{24}.....	917,16	25,16	24,967
H^{12}.....	75,00	2,06	2,285
Cl^{12}.....	2655,84	72,78	72.748
	3648,00	100,00	100,000

Cette formule est bien celle qui a été donnée par M. Péligot ; mais, suivant ce chimiste, la chlorobenzone fond à 50°, et les cristaux que j'ai obtenus fondaient entre 135 et 140° :

Ne sachant d'où provient cette différence, je vais en tout cas détruire la forme des cristaux que j'ai obtenus : ce sont des prismes droits très-aplatis, à base rhombe, mais dont la grande diagonale de la base est au moins huit à dix fois plus grande que la petite ; les deux arrêtes aiguës verticales sont légèrement tronquées, et chacune d'elles est remplacée par trois facettes, l'une parallèle à l'axe et les deux autres également inclinées sur lui ; ces cristaux, placés de manière que le rayon visuel soit perpendiculaire au plan qui passe par l'axe du cristal et les grandes diagonales des rhombes paraissent semblables à un long rectangle dont les quatre angles sont coupés, et dont les milieux des deux grands côtés sont réunis par une petite ligne. Il n'est pas inutile de faire remarquer que la chlorobenzone possède des propriétés physiques très-analogues à celles du perchloronaphtalèse, et que l'analyse en centièmes de ces deux corps, est presque exactement la même ; le traitement par la potasse en dissolution dans l'alcool suffira pour les distinguer.

J'ai introduit ces cristaux dans un tube bouché, et je les ai fait bouillir avec une dissolution de potasse dans l'alcool ; au bout de quelques minutes, j'ai versé de l'eau dans le tube pour dissoudre le chlorure de potassium ; il s'est précipité une matière huileuse, que j'ai traitée une seconde fois par la potasse ; j'ai précipité de nouveau l'huile par l'eau, je l'ai mise en contact avec du chlorure de calcium, et je l'ai distillée. N'en ayant préparé que ce qu'il fallait pour en faire l'analyse, je ne puis qu'indiquer ces principales propriétés : elle est incolore, plus pesante que l'eau, volatile sans décomposition, soluble dans l'alcool et l'éther, inattaquable par l'acide nitrique, le chlore et par la potasse.

0gr, 393 soumis à l'analyse ont donné

0gr, 567 d'acide carbon. renferm, 0,15678 de carbone,
0gr, 061 d'eau » 0,00677 d'hydrog.

Ces nombres conduisent à la formule suivante :

		Calculé.	Trouvé.
C^{24}.....	917,16	40,20	39,89
H^{6}.....	36,50	1,64	1,92
Cl^{6}.....	1327,92	58,16	58,39
	2282,58	100,00	100,00

qui est celle du radical que j'ai admis dans l'acide chlorophénisique et dans la chlorobenzone, et que je nomme chlorophénise.

Je ferai remarquer, sans y attacher beaucoup d'importance, que la chlorophénise et la chloronaphtalose sont deux radicaux qui renferment l'un et l'autre des quantités d'hydrogène et de chlore nécessaire pour former de l'acide hydrochlorique, et que tous les deux sont inattaquables par le chlore, la potasse et l'acide nitrique.

On a vu que, dans la préparation des acides chlorophénèsique et chlorophénisique, il restait, après le traitement de l'huile par l'ammoniaque, une matière huileuse brute ; j'ai distillé celle-ci, et j'ai recueilli à part la dernière portion ; en faisant refroidir celle-ci, il s'est déposé une matière cristallisée en aiguilles, qui m'a offert tous les caractères de la chloronaphtalose.

Je donne le nom de phène au radical fondamental des acides précédents (de φαινω, j'éclaire), puisque la benzine se trouve dans le gaz de l'éclairage. J'ai rejeté le nom de benzine parce que je crois que tout hydrogène carboné doit porter un nom isolé, indépendant ; et parce qu'il est impossible de faire dériver des noms de benzine sans les confondre avec les nombreuses combinaisons du benzoïle.

D'ailleurs, les rapprochements que j'ai faits entre l'acide chlorophénisique et la benzine ne sont encore que des hypothèses ; on peut donc, en attendant qu'elles soient confirmées, conserver à la benzine son nom, sauf plus tard à le changer.

Pour former les noms des dérivés du phène, j'ai suivi la nomenclature que j'ai proposée pour les combinaisons du naphtalène, c'est-à-dire que lorsque, dans le radical, un équivalent d'hydrogène est remplacé par un équivalent d'oxigène, de chlore, etc., le nom de la combinaison se termine en *a*, en *e*, *i*, *o*, *u*, s'il y a 2, 3, 4, 5 équivalents d'hydrogène substitué. A l'aide de cette nomenclature, on peut indiquer la formule d'un corps en connaissant son nom et réciproquement.

Formule générale des radicaux dérivés du Phène

C^{24} (H, Ch, Br, $O^{1/2}$ etc.) ^{12}.

Phène.	$C^{24} H^{12}$
Hydrate	$C^{24} H^{12} + H^{4} O^{2}$
Phénase	$C^{24} H^{10} O$ . . . . inconnu.
Nitrophénase	$C^{24} H^{10} O + Az^{2} O^{3}$
Chlorophénèse	$C^{24} H^{8} Cl^{4}$ . . . . inconnu.
Acide chlorophénèsique.	$C^{24} H^{8} Cl^{4} + O^{2}$
Chlorophénise	$C^{24} H^{6} Cl^{6}$
Hydrochlorate de *id.* . .	$C^{24} H^{6} Cl^{6} + H^{6} Cl^{6}$
Acide chlorophénisique.	$C^{24} H^{6} Cl^{6} + O^{2}$

Mémoire sur l'Ethèr mucique et sur la véritable Formule de l'Acide Mucique ; Par M. J. Malaguti, Chimiste attaché à la manufacture royale de porcelaine de Sèvres.

Quand on mêle une partie d'acide mucique avec quatre parties d'acide sulfurique, et qu'on chauffe doucement le mélange, on trouve qu'il se colore en rose très-tendre ; ensuite il devient d'un beau rouge cramoisi, et se fonce de plus en plus jusqu'à devenir

noir (1). Arrivé à ce point, on le retire du feu, on bouche hermétiquement le récipient, et au bout de douze heures, on y verse peu à peu, et sans refroidir, quatre parties d'alcool d'une densité de 0,814. On trouve, après ving-quatre heures de repos, que la masse s'est figée. Pour la retirer du récipient, on y verse de l'alcool, on l'agite brusquement et on la jette sur un filtre. La masse égouttée et desséchée a un aspect cristallin et une couleur d'un blanc sale. Pour l'avoir très-pure, il faut la dissoudre plusieurs fois dans l'alcool bouillant, d'où elle se dépose, par le refroidissement, sous forme de cristaux.

Ces cristaux sont des prismes tétraèdres, terminés par une seule face perpendiculaire aux côtés et d'une limpidité parfaite. Ils sont insipides d'abord, mais laissent un arrière-goût amer : ils fondent à + 158° C., se prennent à + 135° en une masse cristalline. Un peu avant de fondre, ils dégagent une petite quantité d'un liquide huileux brunâtre. Si, après que la masse fondue s'est solidifiée, on laisse baisser la température jusqu'à + 70°, et qu'ensuite on la fasse remonter, la fusion a lieu à +150°; à + 170° la matière noircit et se décompose. Les produits de la décomposition ignée sont de l'alcool, de l'eau, de l'acide carbonique, de l'acide puro-mucique, qui, en partie, cristallise dans la voûte de la cornue, de l'acide acétique, de l'hydrogène carboné et un résidu charbonneux.

La densité de ces cristaux est 1,17 à la température de + 20° C. Ils sont insolubles dans l'éther, très-solubles dans l'alcool bouillant et très-peu solubles dans l'alcool froid. Mille parties d'alcool à 0,814 de densité, à + 15°,5 n'en dissolvent que 6,4. Ils sont très-solubles dans l'eau bouillante, et la dissolution laisse déposer par le refroidissement de beaux cristaux qui affectent la forme d'un prisme droit à base parallélogrammique obliquangle, présentant souvent deux faces beaucoup plus étendues que les autres. La densité de ces cristaux est 1,32 à la température + 20° C. Leur solubilité est de 2,27 parties sur cent d'eau à + 15°. Ils fondent à + 158°, et la masse fondue se fige à + 122°. Si on baisse la température à + 70°, et qu'on chauffe de nouveau, la masse figée prend une consistance butireuse à + 100°, et entre en pleine fusion à + 130°, tandis que les cristaux obtenus par le refroidissement d'une dissolution alcoolique, se figent à + 135°, et fondent de nouveau à + 150°. Si on excepte ces différences de fusibilité, les réactions des deux espèces de cristaux sont les mêmes, de manière que tout ce que je dirai dorénavant leur est applicable indistinctement.

Les eaux de chaux, de baryte, de strontiane, décomposent immédiatement une dissolution de la substance, en donnant un précipité de mucate. La potasse et la soude la décomposent par l'ébullition en dégageant de l'alcool. Une ébullition prolongée produit le même effet.

Si l'on fait passer un courant de gaz ammoniaque sec sur de la matière fondue, il n'y a aucune action ; mais si l'on pousse la chaleur à + 170°, il y a dégagement d'alcool, formation de carbonate d'ammoniaque et d'une matière huileuse très-aromatique, qui, agitée pendant quelque temps dans l'eau, s'y dissout en la colorant en jaune : je n'ai remarqué aucun dégagement de gaz carburé.

Un courant de chlore sec en passant sur la matière fondue, ne présente aucun phénomène ; mais après le refroidissement, la masse non cristallisée est transparente comme de l'ambre dont elle a la couleur, et devient très-soluble dans l'alcool. Il suffit de son volume d'alcool et d'une légère chaleur, pour que la dissolution soit complète ; et si on verse sur cette dissolution du nitrate d'argent, il ne se manifeste aucun trouble. En considérant le procédé à l'aide duquel on prépare la matière cristalline, et les différentes réactions auxquelles elle donne lieu, on doit en conclure que c'est un éther composé d'oxacide. Dirigé par l'analogie et la théorie à la fois, j'en avais calculé la compression, et j'attendais de l'analyse le résultat suivant :

Carbone . . .	42,70
Hydrogène . .	6,97
Oxigène . . .	50,33
	100,00

Ce qui représente une combinaison d'un atome d'acide mucique et d'un atome d'éther sulfurique ; mais l'expérience m'a donné des nombres très-différens.

Première expérience. — 0,602 gr. matière cristallisée dans l'alcool et desséchée à l'air, ont donné par la combustion avec l'oxide de cuivre dans l'appareil de M. Liebig, acide carbonique gr. 0,993, eau gr. 0,368.

Deuxième expérience. — 0,320 gr. matière cristallisée dans l'alcool et desséchée dans un courant d'air sec à + 110° C. ont donné : acide carbonique gr. 0,525, eau gr. 0,197.

Troisième expérience. — 0,551 gr. matière cristallisée dans l'eau, desséchée à l'air, ont donné : acide carbonique gr. 0,915, eau gr. 0,346.

Quatrième expérience. — 0,295 gr. matière cristallisée dans l'eau, desséchée à la température de + 110° dans un courant d'air sec, ont donné : acide carbonique gr. 0,485, eau gr. 0,183.

Ce qui donne en centièmes :

	I.	II.	III.	IV.
Carbone . .	45,61	45,36	45,91	45,45
Hydrogène .	6,78	6,83	6,97	6,88
Oxigène. . .	47,61	47,81	47,12	47,67
	100,00	100,00	100,00	100,00

En traduisant ces chiffres en atomes, on a :

$$\left.\begin{array}{ll} C^{20} \ldots\ldots & 45,61 \\ H^{18} \ldots\ldots & 6,69 \\ O^{8} \ldots\ldots & 47,70 \end{array}\right\} = \underbrace{C^{12}\,H^{10}\,O^{8}}_{\text{Acide mucique.}} + \underbrace{C^{3}\,H^{8}}_{\text{Hydr. bicarboné.}}$$

100,00

Ces analyses font croire, ou qu'il s'agit d'une anomalie fort curieuse, et qu'aucune théorie connue ne pourrait expliquer ; savoir : d'un oxacide qui se combi-

(1) Je pense qu'il se forme une combinaison d'acide mucique et d'acide sulfurique (acide sulfomucique), car j'ai remarqué qu'en versant cette dissolution sulfomucique dans une certaine quantité d'eau distillée et saturant la liqueur par du carbonate de baryte, on trouve dans la liqueur neutre une quantité très-abondante de barite ; mais en peu de temps il se forme un précipité spontané de mucate et de sulfate de baryte.

nerait avec de l'hydrogène carboné anhydre, ou bien que l'acide mucique joue le même rôle qu'un hydracide, et que, peut-être, il est un hydracide lui-même. Dans cette incertitude, j'ai cru indispensable l'analyse du mucate d'ammoniaque. Tous les sels ammoniacaux contiennent de l'eau. Or, si le mucate d'ammoniaque est anhydre, cela peut indiquer que l'acide mucique est un hydracide, dont le radical serait composé de $C^{12}\ H^{8}\ O^{8}$. Si, au contraire, le mucate d'ammoniaque est hydraté, et rentre dans la loi commune aux sels ammoniacaux, l'existence d'un mucate d'hydrogène carboné ne serait qu'un fait à part, sur lequel on ne pourrait pas se prononcer maintenant.

Le mucate d'ammoniaque dont je me suis servi était en cristaux prismatiques à quatre pans aplatis, sans saveur, et ne laissant aucun résidu par la combustion. Je l'ai préparé en projetant les cristaux de bi-carbonate d'ammoniaque dans une dissolution chaude d'acide mucique extrêmement pur, jusqu'à ce qu'il y eût un excès de bi-carbonate, et en abandonnant la dissolution à elle-même. Les cristaux obtenus ont été purifiés par trois dissolutions successives dans l'eau.

0,634 gr. mucate d'ammoniaque desséché dans un courant d'air sec à + 110° C., a donné, par la combustion avec l'oxide de cuivre, gr. 0,684 acide carbonique, et gr. 0,381 eau, qui, calculés en centièmes, donnent : carbone 29,83, hydrogène 6,67.

0gr831 de mucate d'ammoniaque desséché à + 110°, ont donné 77,25 centimètres cubes d'azote, qui, ramenés à la température de 0 et à la pression 0,76, sont restés 75,468 = gr. 0,09568 azote, ou 11,39 pour cent.

En résumant les deux analyses, on a :

Carbone. . . .	29,83	= C^{2}. . .	29,86
Hydrogène . .	6,67	= H^{16} . .	6,50
Azote.	11,39	= A^{32} . .	11,52
Oxigène. . . .	52,11	= O^{8} . . .	52,12
	100,00		100,00

Voilà donc du mucate d'ammoniaque anhydre.

Si l'acide mucique est réellement un hydracide, on peut supposer que le chlore, l'iode, le brôme, le chlorure de phosphore, le gaz ammoniac sec, etc., agiront sur lui de manière à rendre, sinon évidente, au moins très-probable, l'existence de son radical; mais tous ces corps n'ont produit aucune modification sur l'acide mucique, tant que la température ne dépassait pas les 180° C.; au delà, il n'y avait que les résultats qu'on aurait pu prévoir pour chaque corps, en partant de la nature des produits de l'acide mucique décomposé par la chaleur.

Ce n'est qu'après avoir épuisé toutes ces conjectures que j'ai soupçonné que la formule assignée à l'acide mucique n'était pas exacte ; et que sa capacité de saturation ne l'était pas non plus. En effet, si on admet que l'acide mucique, au lieu d'avoir pour formule $C^{12}\ H^{10}\ O^{8}$ ait $C^{12}\ H^{8}\ O^{7} + H^{2}\ O$, alors le mucate d'hydrogène carboné et le mucate d'ammoniaque anhydre disparaissent pour faire place à un mucate d'éther ($C^{12}\ H^{8}\ O^{7} + C^{8}\ H^{10}\ O$), et à un mucate d'ammoniaque hydraté ($C^{12}\ H^{8}\ O^{7} + H^{6}\ A^{2}\ O^{2} + H^{2}\ O$).

Cependant Berzélius, dans le second volume de son Traité de Chimie, page 143, édition de Paris, dit en parlant de l'acide mucique : *Sa capacité de saturation est de 7,57, c'est-à-dire d'un huitième de la quantité d'oxigène qu'il contient.* Cela signifie que l'acide mucique en combinaison avec les bases contient huit atomes d'oxigène ; mais, comme on va voir, l'analyse du mucate d'argent ne laisse pas tirer les mêmes conclusions que Berzélius a tirées de l'analyse du mucate de plomb, il y a 20 ans.

J'ai préparé du mucate d'argent, en versant goutte à goutte un léger excès d'une dissolution neutre de nitrate d'argent dans une dissolution de mucate d'ammoniaque pur. Le précipité très-blanc a été lavé tant que les eaux de lavage donnaient une réaction par l'acide hydrochlorique.

Le mucate d'argent que j'ai brûlé avait été desséché à + 100° C., sans rien perdre de son poids ; seulement il était devenu un peu rougeâtre, la température élevée ayant agi comme la lumière.

Première expérience. — 0gr,826 de mucate d'argent ont laissé un résidu métallique égal à 0gr,420.

Deuxième expérience. — 1gr,371 ont laissé un résidu métallique égal à 0gr,694,

Si on considère le mucate d'argent comme composé d'un atome d'acide mucique ordinaire et d'un atome d'oxide d'argent, c'est-à-dire $C^{12}\ H^{10}\ O^{8} + A\,g\,O$, cent parties doivent laisser après la combustion un résidu métallique égal à 48,74.

Si on considère le mucate d'argent comme composé d'un atome d'acide mucique moins un atome d'eau, et d'un atome d'oxide d'argent, c'est-à-dire $C^{12}\ H^{8}\ O^{7} + A\,g\,O$, cent parties doivent laisser un résidu métallique égal à 50,80.

Or, d'après la première expérience, le résidu métallique est de 50,84 pour 100 ; et, d'après la seconde expérience, le résidu métallique est de 50,61 pour 100. L'accord qui existe entre l'expérience et le calcul me dispense de faire l'analyse du mucate d'argent par l'oxide de cuivre, et je puis conclure :

1° Que la véritable capacité de saturation de l'acide mucique est 8,644, et non pas 7,57.

2° Que la formule de l'acide mucique adoptée jusqu'à présent doit être considérée comme représentant l'acide mucique libre ; et que celle de l'acide dans les sels est $C^{12}\ H^{8}\ O^{7}$, et non pas $C^{12}\ H^{10}\ O^{8}$.

3° Que l'éther mucique est un véritable éther composé, dont la composition est analogue à celle des autres éthers composés d'oxacide.

4° Que le mucate d'ammoniaque est un sel composé d'après la loi de composition commune aux sels ammoniacaux.

——

Nota. Pour préparer le mucate de méthylène, j'ai suivi le même procédé que pour préparer l'éther mucique, en substituant l'esprit de bois à l'alcool. Ce nouveau sel de méthylène est solide, cristallisé, incolore, fixe et insipide ; on peut l'obtenir cristallisé dans l'alcool et dans l'eau, et sa cristallisation n'est pas si prononcée que celle de l'éther mucique. Les cristaux précipités d'une dissolution alcoolique, examinés au microscope, présentent la forme de lamelle et de prismes rectangulaires, qui paraissent biselés. Les cristaux précipités d'une dissolution aqueuse ont la forme de prismes à six pans aplatis, qui paraissent dériver d'un prisme à base rhomboïdale.

Le mucate de méthylène exposé à une température élevée, ne se comporte pas comme l'éther mucique ;

d'abord il se décompose avant de fondre. La décomposition commence à + 163° C., et se manifeste par un dégagement d'une matière noire huileuse : à + 174° la masse se change en un liquide noir qui se boursouffle et dégage le gaz carburé. Il y a encore une différence pour la solubilité. Le sel méthylénique est très-peu soluble dans l'alcool bouillant ; une partie de sel exige 200 parties d'alcool bouillant (0,814), et par le refroidissement elle se précipite presque entièrement sous forme d'une poussière cristalline. En revanche, il est très-soluble dans l'eau bouillante, d'où il se précipite en partie par le refroidissement. La densité des cristaux obtenus dans l'alcool est 1,48 à + 20° ; les cristaux obtenus dans l'eau ont la densité 1,53, même température. La combustion de la matière avec l'oxide de cuivre a donné les résultats suivants :

Première expérience — 0gr, 460 de matière cristallisée dans l'alcool, et desséchée à l'air, ont donné 0gr,677 d'acide carbonique, et 0gr,246 d'eau, ou bien :

Carbone.	40,69
Hydrogène	5,93
Oxigène.	53,38
	100,00

Deuxième expérience. — 0gr,611 de matière cristallisée dans l'eau et desséchée à l'air, ont donné 0gr,900 d'acide carbonique, et 0gr,324 d'eau, ou bien,

Carbone.	40,72
Hydrogène	5,88
Oxigène.	53,40
	100,00

En adoptant la moyenne de ces deux analyses, on trouve que le mucate de méthylène est composé de

	Trouvé.		Calculé
Carbone. . . .	40,70	= C^{16}. . . .	40,79
Hydrogène . .	5,90	= H^{14} . . .	5,82
Oxigène. . . .	53,40	= O^{8}. . . .	53,39
	100,00		100,00

La composition du mucate de méthylène confirme ce que j'ai voulu prouver par l'analyse de l'éther mucique, c'est-à-dire que la formule ordinaire de l'acide mucique exprime l'acide mucique hydraté. En effet, la formule empyrique $C^{16} H^{14} O^{8}$, représente un atome d'acide mucique anhydre et un atome de monohydrate de méthylène $C^{12} H^{8} O^{7} + C^{4} H^{4} + 2 O$; s'il en était autrement, la composition en centièmes du mucate de méthylène serait : carbone, 37,95 ; hydrogène, 6,19; oxigène, 55,86 ; laquelle composition serait représentée par la formule : $C^{16} H^{6} O^{9} = C^{12} H^{10} O^{8} + C^{4} H^{4} + H^{2} O$, ce qui est contraire à l'expérience.

Observations sur un Composé de Bichlorure de Mercure et d'Iode ; par M. Lassaigne.

Aucune observation n'a encore indiqué l'union de l'iode avec certains chlorures métalliques; celle que nous signalons aujourd'hui tend à prouver que ce métalloïde est susceptible de se combiner, dans une faible proportion, il est vrai, avec le bichlorure de mercure, et de former avec ce composé du deuxième ordre une combinaison jusqu'alors inaperçue des chimistes.

Dans l'examen que nous fîmes, il y a plusieurs années, des propriétés de l'iodure d'amidine, nous constatâmes à différentes reprises que la solution bleue de cet iodure était décolorée par la solution de sublimé corrosif, et qu'il ne se produisait aucune précipitation pendant cette réaction. Ce fait, sur lequel nous ne nous arrêtâmes pas à cette époque, s'étant représenté dans de nouveaux essais que nous fîmes dernièrement, nous cherchâmes une explication de ce phénomène, qui nous paraissait d'autant plus surprenant qu'il était impossible d'admettre une décomposition du sublimé par l'iode. C'est en faisant des expériences pour arriver à cette explication que nous avons reconnu que l'iode pouvait, sous certaines conditions, s'unir au sublimé et produire avec lui une combinaison incolore soluble et cristallisable, que nous distinguerons provisoirement sous le nom de *bichlorure de mercure ioduré.*

Cette combinaison nouvelle ne peut se produire sous l'influence du calorique ; car en chauffant modérément dans un vase sublimatoire un mélange de sublimé et d'iode, dans les proportions où ces deux corps peuvent s'unir, on les voit se séparer suivant l'ordre de leur plus grande volatilité, et sans qu'ils aient contracté aucune union.

La seule circonstance dans laquelle nous ayons observé une réaction, c'est en mêlant ensemble des solutions d'iode et de sublimé ; en effet, lorsqu'on verse avec précaution dans une solution aqueuse ou alcoolique d'iode une solution de sublimé, la couleur jaune-foncé de la première solution s'affaiblit, disparaît peu à peu et se trouve bientôt détruite ; à ce point, tout l'iode qui était libre se trouve engagé dans une combinaison avec le sublimé, et ce qui est remarquable, c'est qu'il est alors impossible de le reconnaître avec l'amidine, ni par l'emploi du chlore, ni par celui de l'acide sulfureux, comme cela a lieu avec les composés oxigénés ou hydrogénés de l'iode. Ce fait explique de suite la décoloration de la solution bleue d'iodure d'amidine ; car dès que le sublimé corrosif est en contact avec cet iodure, il s'empare de l'iode pour s'y unir, et l'amidine rendue libre reste en solution mêlée à la nouvelle combinaison.

Le moyen d'obtenir cette combinaison pour l'étudier est donc simple, puisqu'il consiste, comme nous l'avons pratiqué, à prendre une solution récente et concentrée d'iode, à y verser une solution concentrée de sublimé jusqu'à ce que la liqueur soit presque entièrement décolorée et à évaporer le produit à une douce chaleur. Le composé qui en provient cristallise par le refroidissement en petites aiguilles blanches, soyeuses, qui se disposent obliquement de chaque côté d'un axe commun comme le présente la disposition des barbes d'une plume. Si la solution d'iode a été employée en excès, le composé qu'on obtient est rose ou un peu rouge, par une petite quantité de bi-iodure de mercure qui s'est formée par l'acide hydriodique résultant de l'action de l'eau sur une portion d'iode libre ; mais il est facile de l'en débarrasser en redissolvant le produit dans l'eau froide, filtrant la solution et la concentrant de nouveau.

Propriétés du bichlorure de mercure ioduré.

Ce composé est incolore et inodore; il a une saveur très-styptique, qui ne diffère en rien de celle du sublimé corrosif; le calorique et la lumière ne lui font éprouver aucune altération; sous l'influence du premier agent, il se vaporise en entier. L'eau le dissout avec assez de facilité, mais en plus grande quantité à chaud qu'à froid; l'alcool et l'éther sulfurique le dissolvent aussi.

La solution aqueuse du *bichlorure de mercure ioduré* se comporte avec les réactifs, à quelques exceptions près, comme la solution de sublimé corrosif; les différences notables qu'elle présente sont les suivantes : 1° l'ammoniaque liquide produit dans la solution de ce nouveau composé un précipité blanc-jaunâtre qui passe au jaune chamois au bout de quelque temps; 2° le précipité formé par un excès de nitrate d'argent, dans une portion de cette solution, n'est pas entièrement redissous par l'ammoniaque, et il reste de l'iodure d'argent qui s'est formé dans cette réaction; 3° si, après avoir décomposé une portion de ce bichlorure de mercure ioduré par un excès de solution de potasse caustique, l'on filtre pour séparer le bioxide de mercure hydraté qui s'est produit, on peut alors démontrer, dans la liqueur filtrée, la présence de l'iode en y versant tour-à-tour de la solution d'amidine et de la solution de chlore en petite quantité.

Analyse quantitative. — La détermination du rapport des éléments de ce composé a été obtenue par deux procédés : 1° en estimant directement la quantité de solution titrée de bichlorure de mercure nécessaire pour décolorer une solution alcoolique d'iode étendue d'eau; 2° en décomposant un poids connu de ce chlorure ioduré par la potasse caustique, et calculant l'iode par le poids d'iodure d'argent formé en précipitant l'iodure de potassium obtenu par une solution de nitrate d'argent, et lavant à l'ammoniaque le précipité.

Les deux expériences que nous avons faites nous portent à regarder ce nouveau chlorure ioduré comme composé de :

Bichlorure de mercure. .	97,88	ou 20 at.
Iode.	2,12	1
	100,00	

La composition théorique se rapprocherait beaucoup de celle déduite de l'expérience, et la formule de ce composé serait exprimée par (20 $Hg\,Cl$, I).

Dans un travail publié en 1826 dans les *Annales de chimie et de physique*, tome 36, page 366, Polydore Boulay avait signalé l'union du bichlorure de mercure avec le bi-iodure du même métal : mais les combinaisons qu'il a décrites, peu stables d'ailleurs, n'ont aucun rapport avec le composé qui fait l'objet de ce travail. Nous avons reconnu comme lui que le bi-iodure de mercure pouvait se dissoudre, soit à froid, soit à chaud, dans une solution de sublimé et produire des combinaisons peu stables, variables par leur couleur et les proportions dans lesquelles ils étaient unis. Une seule de ces combinaisons a de l'analogie avec celle que nous avons remarquée, et paraît être isomorphe avec elle, c'est celle que l'on obtient en faisant macérer à la température ordinaire, dans une solution saturée de sublimé, du bi-iodure de mercure; une portion de ce dernier composé se dissout et forme une combinaison soluble, incolore, cristallisable et indécomposable par l'eau, tout-à-fait semblable par sa forme cristalline au bichlorure de mercure ioduré que nous avons étudié. Ce composé, résultant, dans cette circonstance, de l'union du bichlorure de mercure avec le bi-iodure de mercure, et que nous distinguerons du précédent par le nom de *bichloroiodure de mercure* pour rappeler sa formation et sa composition, soumis à l'analyse, présente une quantité d'iodure de mercure équivalente à celle de l'iode contenue dans le premier. Nous avons constaté que 100 parties de ce chloroiodure de mercure étaient formées de :

Bichlorure de mercure. . .	96,070	ou 40 at.
Bi-iodure de mercure. . . .	3,930	1
	100,000	

Les 3,93 pour 100 de bi-iodure de mercure contenues dans ce composé renferment exactement 2,181 pour 100 d'iode, c'est-à-dire, à très-peu près la même proportion que dans le *bichlorure de mercure ioduré*.

Si, comme nous l'avons démontré plus haut, le bichlorure de mercure ioduré présente pour sa composition atomique 20 atomes de bichlorure de mercure et 1 atome d'iode, l'analyse du bichloroiodure de mercure démontre qu'il est composé de 40 atomes de bichlorure et 1 atome de bi-iodure; mais l'atome de bi-iodure renfermant 2 atomes d'iode, l'on voit que le rapport du bichlorure à ce métalloïde dans ce dernier composé est : : 40 : 2 ou : : 20 : 1, ainsi que cela a lieu pour le premier composé formé directement par le bichlorure et l'iode.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON BECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
CMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE, N° 14.

1837.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

DÉCEMBRE 1837.

Sur le traitement du ganglion; par M. Aston Key.

Les tendons froissés, dit l'auteur, jouissent de la propriété de former des kystes muqueux accidentels; on dirait que ce soit là une des nombreuses ressources de la nature pour prévenir les fâcheuses conséquences que l'inflammation pourrait avoir dans ces parties. Les ganglions ne résultent pas toujours d'une maladie des bourses muqueuses préexistantes, puisqu'on les rencontre aussi là où il n'y en a pas. Ils naissent souvent par un travail de nouvelle création dans les gaines des tendons froissés, pressés, frottés, ou autrement irrités. La présence d'une bourse au-devant de la rotule n'est qu'accidentelle; car on ne la rencontre pas toujours à la dissection. Il est probable que son existence, lorsqu'on la trouve, dépend des frottements qu'a éprouvés le tendon, soit par l'action musculaire, soit par l'habitude de rester à genou.

La matière des ganglions diffère de celle des bourses muqueuses ordinaires. Dans ces dernières, c'est de la synovie qui sert à faire glisser les tendons; dans les ganglions, au contraire, on trouve une substance analogue à la couche externe de la lentille cristalline, molle, visqueuse et sémi-solide.

C'est aux environs de la main qu'on rencontre le plus souvent les ganglions cristallins, et spécialement sur les tendons des extenseurs dans leur passage sur les os du carpe et métacarpe. On les rencontre aussi quelquefois près des articulations des doigts; ils occasionnent alors de la douleur et même de la faiblesse dans les doigts. Chaque ganglion cristallin résulte d'un double sac; l'externe est fort et tendineux; l'interne ressemble à une membrane synoviale, mince et sécréteur. Dans un ganglion que j'ai rencontré et disséqué sur le tendon du gastrocnémien externe, ce double sac était très-distinct. Dans le plus grand nombre des cas les deux enveloppes ne peuvent être séparées; elles ne forment qu'un seul sac fibreux sécréteur à l'intérieur.

Le traitement généralement adopté consiste à écraser la tumeur, ou à rompre le kyste avec un coup de livre, de poing, ou en le pressant avec les deux pouces. Cette opération est quelquefois difficile, soit par la trop grande résistance du kyste, soit par le peu de force qu'on emploie, soit enfin parce qu'on n'assure pas convenablement le poignet sur un corps résistant. C'est du reste un remède douloureux et qui entraîne des conséquences plus fâcheuses que la maladie primitive.

Le plus simple moyen, selon moi, consiste à piquer la tumeur avec la pointe d'une lancette ou une aiguille à cataracte si sa grosseur est médiocre. On n'a pas à craindre une grande réaction inflammatoire; le kyste étant peu susceptible de s'enflammer. Après l'avoir vidé, on applique un morceau d'emplâtre de diachylon et une petite bande par-dessus, cela prévient la réaction. Je n'ai jamais vu ni entendu parler d'accidents survenus après ce traitement des ganglions; la guérison en est toujours radicale,

Pour les ganglions qui occupent la face palmaire des doigts, la ponction est le seul remède convenable; l'écrasement et les vésicatoires étant ineffaçables. L'aiguille à cataracte est tout ce qu'il faut; la piqûre qu'elle cause est à peine douloureuse.

Lorsque le ganglion est situé sur le dos d'une articulation couverte par un tendon extenseur, l'écrasement serait trop douloureux; d'ailleurs on n'est jamais aussi sûr de la guérison radicale que lorsqu'on emploie l'aiguille.

Un gentleman, qui avait l'habitude d'écrire beaucoup, me consulta pour une tumeur de cette espèce, placée sur la première articulation phalangienne de l'indicateur droit. Il se plaignait de douleur et de faiblesse dans ce doigt, ne pouvant pas se servir agilement de cette partie. J'y pratiquai une petite piqûre et il s'en écoula environ un gros de fluide cristallin. J'entourai l'articulation avec un ruban en pressant assez fortement et la guérison fut radicale. Le ruban fut porté pendant plusieurs semaines par mesure de sûreté, afin de donner de la force au doigt en écrivant: cette partie reprit son ancienne vigueur.

J'ai une fois ponctionné une tumeur pareille existant sur le tendon du muscle grand oblique de l'œil, et la guérison fut aussi radicale.

Quelquefois après la disparition du ganglion, il reste une sorte de plaque épaisse sur le siége qu'il occupait, mais qui ne gêne pas l'usage de la partie.

Le ganglion antirotulien est un kyste formé sur l'expansion tendineuse qui couvre la rotule. Sa structure est pareille à celle des autres ganglions, étant également composé de deux couches, dont l'une fibreuse, l'autre synoviale; la matière qu'il contient est un peu différente des ganglions cristallins; elle est plus fluide, à cause peut-être d'une moindre quantité de fibrine qu'elle contient. Lorsque les gros ganglions sont enflammés et douloureux, les vésicatoires, la compression et les emplâtres stimulants peuvent les guérir. Il est cependant plus simple et plus expéditif de les ponctionner avec une lancette; de les couvrir ensuite avec un emplâtre et d'exercer une compression par-dessus.

Si la ponction échoue, le séton est le remède le plus prompt, le plus sûr et le plus doux. Je l'ai toujours employé avec succès contre le ganglion du genou. Ce moyen est bien moins douloureux que le vésicatoire; je le compose de plusieurs brins de fil de soie; je le laisse en place pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la suppuration soit bien établie et la granulation déclarée. Si le ganglion est déjà suppuré, le séton est toujours utile; la guérison est plus sûre; le pus coule mieux par ce moyen.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

BY J. JOHNSON AND H. J. JOHNSON.

DÉCEMBRE 1837.

Observation d'inversion de l'utérus, prise et traitée pour un polype; par M. Bloxam.

Obs. — En juillet 1835, mon père et moi, nous examinâmes l'utérus d'une femme dont les forces étaient épuisées par une abondante hémorrhagie vaginale. Le sang coulait à des intervalles irréguliers depuis plusieurs mois, tantôt avec profusion tantôt modérément; les intervalles étaient remplacés par un flux muqueux.

Nous trouvâmes une tumeur globuliforme mais oblongue, sortant du col utérin pour un pouce et demi; elle était plus large inférieurement qu'à l'endroit du museau de tanche; son col allait en diminuant d'épaisseur de bas en haut; le doigt pouvait suivre cette partie décroissante à travers le col de l'utérus; elle supportait sans douleur le palpement et même le pincement; l'enfoncement de l'ongle cependant causait de la douleur, mais elle n'était pas comparable à la sensibilité du col. La tumeur était couverte d'une membrane lisse, glissante, et tendue; elle était mobile latéralement, et offrait une élasticité suffisante pour soutenir son propre poids sans peser sur les parties adjacentes. Le col de la matrice était souple et permettait le passage du doigt entre la paroi et la tumeur, mais pas au point de laisser distinguer la nature de l'attache de la tumeur dans l'utérus.

Nous pensâmes d'abord que ce fût un polype, et j'ai cru moi-même que tous les symptômes s'accordaient parfaitement avec cette idée. Nous nous décidâmes par conséquent à y poser une ligature, ce que nous exécutâmes à l'ordinaire au moyen d'une canule, et nous la serrâmes assez fortement. L'opération ne parut pas incommoder beaucoup la malade et nous nous retirâmes quelques minutes après. Une heure après cependant on vint nous avertir que la femme souffrait considérablement. Nous nous y rendîmes à l'instant; la malade nous exprima et par gestes et par paroles l'intensité très-grande de ses souffrances, se plaignant de très-vives douleurs au dos et à l'hypogastre, au point qu'elle semblait comme une maniaque. Nous ôtâmes la ligature, et ses souffrances disparurent. Elle se crut passer de l'enfer au paradis : les douleurs ne sont pas reparu et aucun accident ne survint depuis qui pût être attribué à cette opération.

Nous fîmes alors un nouvel examen de l'état des choses et surtout de commémoratif de la maladie. Nous apprîmes les circonstances suivantes :

1° Que l'hémorrhagie existait depuis le mois de janvier, à la suite de son accouchement.

2° Que dans cet accouchement elle n'avait été assistée que par une sage-femme.

3° Qu'après l'issue du délivre, l'hémorrhagie avait été si abondante que des syncopes alarmantes s'en étaient suivies.

Quoique ces circonstances eussent bien pu, à la rigueur s'accorder avec l'existence d'un polype, néanmoins nous soupçonnâmes alors que la tumeur pourrait aussi dépendre d'un renversement de l'utérus, ce qui expliquerait d'ailleurs les accidents occasionnés par la ligature. Afin de nous éclairer convenablement sur la nature du mal, nous passâmes une ligature peu serrée autour de la tumeur et nous tirâmes lentement la masse au dehors. Le col de l'utérus s'est trouvé rempli par la tumeur; le renversement est devenu complet; le vagin se trouvait aussi renversé sur lui-même supérieurement en forme de cul-de-sac. En passant le bout des doigts dans cette impasse on ne sentait plus de matrice dans le bassin, ce caractère fut pour nous tout à fait décisif, et nous comprimes de suite avoir affaire à un renversement de la matrice.

La malade était jeune, mère de plusieurs enfants, extrêmement affaiblie par la maladie; elle désirait ardemment supporter toute espèce d'opération pour être guérie. Après avoir fait part à son mari des dangers que la vie de la malade courerait en la soumettant à une opération, nous nous décidâmes à pratiquer l'ablation de la tumeur moyennant une ligature.

Le 5 août, à 8 heures du matin, quinze jours après la première opération, nous appliquâmes un cordon de corde à boyau (corde basse d'une harpe) autour de la partie la plus étroite de la tumeur, à l'aide d'un appareil à polype. La ligature fut moins serrée que la première fois; elle le fut assez cependant pour étrangler un peu et produire une légère douleur.

En moins d'une heure, la douleur devint intense, mais pas autant que la première fois. On prescrit une potion calmante (un tiers de grain de muriate de morphine) qui la soulage beaucoup. Dans la soirée, la douleur reparaît; la peau est chaude; pouls fébrile; on répète la potion; calme jusqu'à minuit.

Le 6, insomnie; retour de la douleur; vomissement; opiacés; calme.

Le 7, état satisfaisant; amélioration progressive.

Le 8, on resserre la ligature à l'aide d'un garot de bois afin qu'elle ne glisse pas. Cinq heures après, nouvelles douleurs, s'étendant aux cuisses; opiacés; mieux. On resserre le fil les jours suivants, à chaque fois qu'il est ralenti; on combat la douleur à l'aide du même moyen.

Le 21 du même mois, la tumeur tombe; on la dissèque et on reconnaît qu'elle est formée par la matrice dont on peut distinguer la cavité et les trompes de Fal-

lope. En touchant la femme, on ne sent plus d'orifice utérin. A l'endroit autrefois occupé par la matrice, on ne sent qu'un corps dur d'apparence anomale.

Le 26, cependant, l'orifice utérin peut être distingué, mais il n'admet pas l'introduction du doigt.

Le 27 septembre, sa santé était déjà bonne sous tous les rapports ; elle continua à s'améliorer et la malade finit par guérir complétement. Les règles n'ont plus reparu, mais elles sont à présent remplacées par un écoulement sanguinolent qui revient exactement tous les mois; elle éprouve de temps en temps des vertiges, des nausées, des symptômes hystériques, qu'elle attribue à des flatulences; elle accuse aussi des douleurs dans les jambes; des picotements dans les seins et aux organes génitaux, qui descendent jusqu'aux jambes. Elle est plus souvent triste qu'agitée, mais elle préfère cent fois cet état à celui où elle se trouvait avant l'opération; elle s'unit avec volupté à son mari, mais moins qu'auparavant.

Ayant dernièrement examiné de nouveau cette femme, j'ai trouvé que le bout supérieur du vagin avec le col restant de l'utérus sont descendus près de la vulve ; le museau de tanche peut être très-bien distingué; ses lèvres sont amincies; le doigt peut le franchir et passer dans une sorte de cul-de-sac.

Cette observation est d'autant plus précieuse qu'elle offre peut-être le premier exemple connu de renversement utérin, guéri par ablation de la matrice. La même opération avait déjà été faite un grand nombre de fois, comme on sait, soit avec l'idée de guérir cette grave affection, soit dans la croyance d'abattre un polype. Les femmes y avaient succombé. Boyer lui-même a été témoin d'un exemple de ce cas. Le 6 juillet 1824, une jeune femme accouche heureusement de son premier enfant : la sage-femme renverse la matrice en tirant sans ménagement le placenta. Un jeune médecin est appelé, il prend la tumeur pour un polype et la lie. On resserre graduellement la ligature pendant dix-huit jours; la femme semble peu souffrir d'abord. Elle entre alors à l'hôpital de la Charité. Le 1er août, vingt-cinquième jour de l'opération, la ligature et la tumeur tombent. La dissection fait reconnaître à Boyer que c'était bien la matrice qu'on avait lié. La femme mourut peu de jours après. L'autopsie du cadavre fut faite en présence de Désormeaux et Deneux.

Dans l'observation de M. Bloxam, la ligature n'a pas eu le même résultat, puisque la malade a guéri; mais peut-on déduire de ce seul fait une opinion générale en faveur de la ligature dans les cas d'inversion irréductible de l'utérus? L'auteur ne dit point quelles sont ses convictions à ce sujet. Boyer cependant, qui a discuté cette question avec sa sagesse ordinaire, l'a résolue négativement en se basant sur les observations connues jusqu'à lui. Ce praticien a été consulté pour une femme qui portait depuis plusieurs années un renversement complet de l'utérus; un médecin, croyant avoir affaire à un polype, avait tout préparé pour le lier. Boyer s'y est opposé en conseillant à la femme de vivre avec son infirmité qui d'ailleurs ne l'incommodait qu'à peine. Lorsqu'on se rappelle effectivement : 1° que la réduction s'opère quelquefois à la longue spontanément, quoique le taxis réitéré ait échoué d'abord (Baudelocque, Acad. de chir.); 2° que l'infirmité peut, lorsqu'elle est devenue chronique, être souvent supportée sans beaucoup de dérangement (Boyer); 3° que la ligature a le plus souvent occasionné des accidents mortels; lorsqu'on réfléchit, disons-nous, à ces circonstances on conviendra que ce dernier moyen ne peut être regardé que comme un remède exceptionnel, c'est-à-dire pour les seuls cas accompagnés d'accidents graves comme dans celui dont on vient de lire l'histoire.

L'observation de M. Bloxam est en outre digne de considération, tant à cause de la lenteur étudiée que les deux praticiens ont mise en serrant la ligature, et des avantages immenses que la malade a retirés de l'usage des opiacés, que des phénomènes physiologico-pathologiques que la femme a présentés après la guérison.

Maladie dépendant d'excroissance osseuse dans l'intérieur du crâne; par M. M'Cabe.

Obs. — Il y a cinq ans environ, je fus consulté pour un monsieur âgé d'une quarantaine d'années, qui venait de tomber dans une sorte d'imbécilité complète. J'appris par sa femme et ses autres amis, que six années auparavant il jouissait de la meilleure santé et d'une haute intelligence. A compter de cette époque, sa vue commença à se brouiller sans cause appréciable, et il se plaignit aussi de céphalalgie frontale très-vive; bientôt sa vue s'éclaircit, mais ses facultés intellectuelles se dérangèrent; on le traita en conséquence, mais il finit par tomber dans l'idiotisme. Il mourut d'une attaque d'apoplexie.

A l'autopsie faite en présence des docteurs Chapman et Ranking, nous avons trouvé à notre grand étonnement, une hypertrophie très-considérable des deux apophyses clinoïdes du sphénoïde. L'une d'elle était d'un quart de pouce plus longue que dans l'état naturel, et elle se terminait en pointe comme un canif. L'autre n'était pas tout à fait aussi longue, mais elle tendait à le devenir; ces pointes osseuses avaient pénétré dans la substance cérébrale correspondante qui était enflammée et très-ramollie. Les ventricules cependant ne contenaient que très-peu de sérosité.

Dans un cas analogue au précédent, chez une jeune dame, le même auteur a rencontré une sorte de crête osseuse accidentellement formée vers la base du crâne, ayant un quart de pouce de longueur, dont la pointe avait aussi pénétré dans la pulpe cérébrale et occasionné l'inflammation et le ramollissement de cette substance.

Ulcération du cœcum; abcès de la fosse iliaque droite communiquant avec la cavité de la vessie urinaire; symptômes remarquables; par M. Henry James-Johnson.

Obs. — Vers la fin de l'été dernier, je fus mandé pour voir un jeune homme, commerçant, offrant les conditions suivantes :

Emaciation extrême; apparence d'une maladie organique grave. Il se plaint principalement de souffrir en urinant. Il est obligé d'uriner à chaque demi-heure, et rend une once d'urine par fois. Avant de se présenter au pot il éprouve de la douleur à la vessie, au périnée et au bout de la verge : cette souffrance se prolonge pour quelques instants après l'émission de la dernière

goutte d'urine. Ce liquide ne s'arrêtait pas subitement en sortant, mais il était quelquefois sanguinolent. Il ne se plaignait pas de la région des reins et rapportait toutes sa souffrance à la vessie et à l'urètre. La pression au pubis augmentait la douleur.

Il y avait de la soif; respiration imparfaite et accélérée; expectoration purulente; poitrine sonore partout; respiration bronchique vers le sommet du thorax pectoriloquie sous la clavicule droite; apparences certaines de phthisie.

L'urine est pâle, trouble et acide. En la traitant par l'acide nitrique ou par la chaleur, la présence de l'albumine n'est point douteuse : on y observe cependant une sorte de précipité floculent, blanchâtre et opaque, analogue à de l'adipocire. Je regrette que cette matière n'ait point été examinée chimiquement.

En passant une sonde dans la vessie, on donne issue à une petite quantité de liquide et on n'y découvre aucun corps étranger. Cette opération occasionne beaucoup de spasme sur les muscles du bulbe, et de la douleur au périnée et dans la vessie. En passant un doigt dans le rectum et en relevant la prostate la douleur de la sonde était bien moindre.

Voici maintenant quel est le commémoratif de ce malade : Pendant plusieurs mois le malade avait éprouvé tous les symptômes de la phthisie, dont il avait été judicieusement traité; il était déjà mieux, lorsqu'il y a deux mois il vint me consulter pour des symptômes vésicaux. Les remèdes que j'ai employés pour cette dernière affection n'ont produit aucune amélioration.

Il est allé de pis en pis et il a fini par succomber subitement. Attendu l'état de ses urines j'avais présumé l'existence d'une maladie des reins.

Autopsie. Emaciation extrême. Existence de tubercules dans les poumons, à toutes les périodes. Reins et artères parfaitement sains. Vessie saine au premier coup d'œil; la muqueuse de ce viscère n'est ni enflammée ni épaissie : sa paroi antérieure cependant, présente vers sa partie moyenne, un petit trou fistuleux, rond, ayant à peine le diamètre d'un pois. Sur ce point la muqueuse est injectée, et l'ouverture elle-même paraît être le résultat d'une ulcération. Cette ouverture communique dans un trajet sinueux formé entre l'insertion des muscles au pubis et la membrane cellulaire correspondante. Le trajet s'avance vers le côté droit entre les muscles et le péritoine, arrive dans la fosse iliaque où il s'ouvre dans une sorte d'abcès, formé en partie par le cœcum, en partie par du tissu cellulaire. Une large partie du cœcum était détruite par un travail d'ulcération. La dissection ayant été continuée, on vit manifestement que ce vaste abcès iliaque communiquait avec l'intérieur de la vessie urinaire.

La muqueuse cœcale, celle de l'iléon et de la valvule correspondante, était profondément ulcérée. Tout le reste de l'organisme était sain.

Cette observation est peut-être unique dans les fastes de la science, moins à cause de la perforation spontanée du cœcum que de la communication de la matière avec la vessie urinaire et des symptômes extraordinaires résultant de cette communication. L'état albumineux de l'urine aurait fait croire à l'existence d'une maladie des reins; les souffrances vésicales ressemblaient parfaitement à celles qui résultent de la présence d'un calcul, et pourtant il n'en était rien.

Cas remarquable d'une hernie diaphragmatique congénitale, observée chez une personne adulte.

Obs. — Sarah Charington, âgée de 19 ans, avait été très-délicate dans son enfance. A l'âge de trois mois elle éprouva des symptômes dyspnoïdes qui furent attribués à une inflammation de la poitrine. A neuf mois elle eut des vomissements alarmants. A quatre ans, les vomissements reparurent et ils s'accompagnèrent de dévoiement. Le médecin traitant fit alors remarquer que l'enfant avait une poitrine vicieusement conformée, et que cet état se corrigerait peut-être par les progrès du développement de l'organisation. Vers l'âge de cinq ans, elle eut la miliaire et le croup; et à l'époque de huit ans, elle eut une attaque violente de fièvre. Durant son enfance, elle ne pouvait pas se livrer aux jeux de son âge ni supporter d'être maltraitée. Plusieurs fois elle avait été sur le point d'expirer dans une attaque de dyspnée. Son estomac se dérangeait aisément à la moindre occasion; son développement n'était pas très-marqué jusqu'à l'âge de quatorze ans.

A compter de cette dernière époque, elle devient habituellement constipée pour le reste de sa vie. Elle prit de l'embonpoint et ses joues se colorèrent; sa santé générale pourtant n'était pas très-bonne; son appétit était capricieux; elle ne pouvait pas se tenir droite en marchant. Si elle se couchait sur le côté gauche, elle étouffait et était saisie de vomissements. La position sur le dos, avec les épaules élevées et les genoux fléchis vers le tronc, ou bien de rester assise sur une chaise lui convenait davantage; elle souffrait souvent de palpitations de cœur qu'elle comparait au vol d'un oiseau dans la poitrine.

A l'âge de dix-sept ans les règles parurent pour la première fois. Plus tard elles se montrèrent deux autres fois à très-longs intervalles; une légère leucorrhée les remplaçait dans les autres époques.

La nausée qu'elle éprouvait lui semblait partir du côté gauche de la poitrine, derrière le sternum; sur ce point elle accusait une sorte de gargouillement habituel; elle se trouvait bien de rester à genoux, mais toute espèce d'exercice lui était impossible. Du reste son état offrait des variations.

Vers la fin d'avril 1835, elle est saisie dans la rue de toux violente et d'un vomissement abondant de matière noirâtre; les vomissements deviennent plus fréquents depuis ce moment; elle maigrit et sa santé décline de plus en plus. En juillet, elle va à Ipswich consulter le docteur Sampson, et elle se trouve mieux de son traitement; elle revient à Londres dans un état réellement satisfaisant. Bientôt après, cependant, elle est obligée d'entrer à l'hôpital de Guy, où elle se confie aux soins du docteur Bright, le 14 octobre 1835. Son émaciation fait des progrès; elle vomit constamment tout ce qu'elle prend; les pulsations du cœur sont manifestement à droite; elles sont à peine sensibles à gauche. La malade fait remarquer que son cœur a toujours été senti à droite.

Le 7 novembre, elle est un peu mieux; elle sort et fait une longue promenade, puis elle retombe sous la violence des vomissements; elle est morte le 13 février 1836.

Autopsie. Émaciation extrême; affaissement du côté gauche du thorax; la poitrine est remarquable par sa longueur excessive; les côtes arrivant presque jusqu'à

la crête iliaque, on ôte le sternum ; le cœur renfermé dans son sac ordinaire est placé presqu'à droite, étant beaucoup plus au-delà de la ligne médiane vers ce côté ; sur le côté gauche de la poitrine on observe une tumeur de couleur rouge ou charnue, un peu vasculaire, légèrement lobulée et élastique au toucher. Cette tumeur s'élève jusqu'à la quatrième côte ; un petit lambeau de poumon la couvre supérieurement ; sur le côté droit, une mince nappe pulmonaire descend vers la septième côte pour couvrir une seconde tumeur analogue à la précédente. Dans l'abdomen le foie occupe un très-grand espace s'étendant jusqu'au côté gauche. L'estomac n'a pu être retrouvé ; l'arc du colon traverse l'abdomen immédiatement au-dessous du foie ; une tumeur élastique est observée sous le bord mince du lobe droit de ce dernier organe.

Un examen plus approfondi a démontré que les deux corps qui s'entrecroisaient dans deux cavités thoraciques étaient formés par l'estomac, qui se continuait comme une sorte de sac membraneux ; quelques fibres musculaires minces peuvent être distinguées sur quelques points de ce sac. Ayant été ouvert, l'estomac, couvert de son amentum, contient les dépositions graisseuses de l'état normal. L'œsophage se termine dans la portion cardiaque de l'estomac, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. Après avoir rempli toute la partie inférieure de la poitrine gauche, l'estomac passe derrière le sommet du cœur où il est un peu contracté ; il s'épanouit de nouveau, ensuite, pour remplir la partie inférieure de la poitrine droite, mais dans une étendue moindre ; le canal stomachique s'étendait ensuite sous le diaphragme vers l'endroit du passage de la veine cave. Le duodénum descendait presque en ligne droite, derrière le foie ; il était enveloppé d'un lambeau péritonéal avec la tête du pancréas, la vésicule biliaire et les conduits hépatiques. L'intestin s'enfonçait alors derrière le mésentère et mésocolon ; le reste se continuait à l'ordinaire.

Le kyste qui enveloppait l'estomac était de nature musculaire, mais non adhérent avec ce viscère ; il nous a paru être formé par un allongement congénial du diaphragme. On a pu suivre les fibres diaphragmatiques allongées et converties en une sorte de kyste ou de sac herniaire ; elles passaient des endroits ordinaires de leur naissance et s'étendaient par-dessus l'estomac vers le médiastin ; sur ce point elles devenaient si minces qu'elles disparaissaient et étaient remplacées par du tissu cellulaire membraneux presque diaphane. Sur le côté gauche on observait une troisième division du diaphragme remplie également par du tissu cellulaire membraneux : ce tissu enveloppait en même temps la rate aussi distinctement que le péricarde par rapport au cœur. La rate était petite, dure et charnue. Le pancréas conservait ses relations normales avec la rate.

L'estomac est très-large ; le fluide qu'il contenait pouvait à peu près remplir une cuvette ordinaire ; sa surface interne était d'un rouge mat, sa structure généralement épaissie. A l'endroit de la petite courbure, il présente deux ou trois ulcères profonds et chroniques, à bords élevés, durs et presque cartilagineux.

Un de ces ulcères aurait pu contenir une petite noisette dans sa cavité. Le pylore est très-large et ouvert, et semble avoir été situé au-dessus du diaphragme. Le duodénum est très-dilaté à son origine et offre les mêmes apparences que l'estomac. La tumeur élastique observée sous la marge du lobe droit du foie était formée par le bassinet du rein, dilaté comme une tasse à thé et rempli d'urine. Le rein correspondant cependant était atrophié.

On connaissait, il est vrai, un grand nombre d'observations de hernies diaphragmatiques, soit congénitales, soit accidentelles ; aucune cependant ne peut être comparée à celle qui précède. Les circonstances remarquables qui l'accompagnent et les minutieux détails avec lesquels elle est rapportée, rendent ce fait digne de la méditation des pathologistes.

Observation de tic douloureux dépendant d'une altération organique.

Le plus souvent la névralgie ne laisse après la mort d'autres lésions qu'une légère injection ou un épaississement à peine appréciable du nerf qui en était le siége, et que l'on doit considérer plutôt comme un effet de la maladie que comme la lésion-cause. Mais, dans quelques cas on a trouvé des altérations importantes, soit dans les nerfs eux-mêmes, soit dans les parties qui les environnent et auxquelles on doit attribuer la névralgie. L'observation suivante, qui appartient à cette dernière catégorie, est remarquable sous plusieurs points de vue, et spécialement en ce que, par la marche de la maladie, il a été facile de reconnaître, au bout de quelque temps, que la névralgie dépendait d'une lésion matérielle appréciable.

Obs. — M. B., âgé de 58 ans, avait eu une ophthalmie non douloureuse, qui n'avait cédé qu'avec difficulté aux moyens ordinaires et à laquelle avait succédé une douleur dans le côté gauche de la tête, au-dessus de la tempe. Cette douleur fut légèrement diminuée sous l'influence des saignées, des vésicatoires, etc., mais au bout de quelques semaines elle offrit tous les caractères du *tic douloureux ;* d'abord les attaques furent précédées d'un frisson, revenant tous les soirs vers six heures et durant jusqu'à deux heures du matin ; elle occupait spécialement le trajet du nerf sus-orbitaire. Cependant le caractère périodique disparut graduellement ; les douleurs s'étendirent à l'os malaire, au nez et à la lèvre ; il devint évident que deux branches de la cinquième paire étaient affectées ; la douleur était très-intense et la ligne de démarcation entre les nerfs des deux côtés de la face était clairement définie ; l'engourdissement s'étendait au côté gauche de la langue ; ensuite le nerf de l'oreille devint malade et les organes digestifs se dérangèrent. La plupart des moyens employés furent sans efficacité ; les opiacé seuls procurèrent une diminution des douleurs ; et dès-lors il était impossible de méconnaître une altération organique.

Déjà ces symptômes persistaient depuis quatre mois, quand on vit que l'œil commençait à s'élever par degré hors de l'orbite pendant que la vue allait en diminuant graduellement ainsi que la faculté de mouvoir l'œil. A cette époque commença un écoulement d'une matière âcre et extrêmement fétide par la narine gauche, d'abord très-peu abondant mais qui augmenta de plus en plus. M. B. cessa graduellement de pouvoir exercer la mastication, et sa prononciation devint moins distincte. De chaque côté du col, les glandes étaient engorgées et comprimaient tellement l'œsophage que la déglutition des liquides seuls était possible.

L'écoulement d'une matière fétide par la narine gau-

che existait depuis trois mois, quand la narine droite commença à fournir une matière sanguinolente ; en même temps la vue du même côté diminua au point que le malade ne pouvait plus distinguer aucune personne ni aucun objet quelque rapproché qu'il fût de lui. Le développement que prirent les tumeurs cervicales produisit une altération notable des traits. Le côté droit de la face éprouvait aussi des douleurs spasmodiques extrêmement aiguës. Le malade perdit le pouvoir de sortir du lit et tomba dans une prostration profonde et une maigreur extraordinaire. Depuis il souffrait des douleurs extrêmement aiguës et qui ne lui laissaient que quelques rares instants de repos, quand il fut pris d'une diarrhée qu'il avait déjà éprouvée bien des fois et qui accéléra sa mort.

Autopsie. En incisant la dure-mère et soulevant graduellement le cerveau on découvre à la base, une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui reposait en partie sur le pédoncule antérieur du cerveau et sur la protubérance cérébrale. La tumeur incisée offre une surface blanche, dure, et d'apparence cartilagineuse ; la tumeur était ulcérée sur la face antérieure dans les points correspondant à la suture ethmoïde-sphénoïdale, elle pesait sur le nerf optique gauche qui était compris dans l'ulcération. Derrière le globe de l'œil il y avait un abcès qui le poussait en avant et l'avait presque complétement chassé de l'orbite. Le nerf optique droit était aussi placé au milieu de l'ulcération et entouré de matière purulente. Les os, eux-mêmes, sur lesquels reposait cette tumeur, offraient une altération remarquable et le scalpel pénétrait facilement par une assez large ouverture de la base du cerveau dans l'orbite gauche et dans la narine du même côté. Les autres organes n'ont pu être examinés.

Amaigrissement produit par l'iode ; observation rapportée par le docteur M'Cabe.

On avait beaucoup exagéré, il y a quelques années, l'influence fâcheuse de l'iode et l'amaigrissement qu'on lui attribuait ; aujourd'hui que le préjugé qui en résultait contre l'emploi de ce médicament a presque complétement disparu, peut-être oubliera-t-on quelquefois l'énergie avec laquelle agit l'iode chez quelques sujets, et la rapidité avec laquelle se détermine l'amaigrissement. Le fait suivant, quelque incomplet qu'il soit, et qui nous offre un exemple de cet accident rare, mérite sous ce rapport d'être accueilli.

Obs. — Un pauvre garçon, âgé de 14 ans, présentait un gonflement considérable des glandes du cou ; on lui prescrivit cinq grains d'iode et quinze grains d'hydriodate de potasse dans une once d'eau distillée, à prendre par dose de quinze gouttes trois fois par jour : en même temps, il devait se pratiquer avec une pommade iodurée, des frictions sur les glandes engorgées. Comme le malade demeurait loin du docteur M'Cabe, ce dernier ne le revit qu'au bout de 15 jours, et alors il le trouva extrêmement changé ; au lieu de l'embonpoint qu'il offrait auparavant il était alors très-amaigri. Les glandes cervicales avaient certainement perdu de leur énorme volume, mais tout le corps était couvert de larges pétéchies livides, et depuis trois jours il avait éprouvé plusieurs épistaxis pendant son sommeil, malgré sa pâleur et sa maigreur. Le docteur M'Cabe défendit aussitôt de continuer les doses d'iode, prescrivit une infusion astringente de roses avec quelques gouttes d'acide, et donna au malade une bouteille de vin de Porto. Sous l'influence de ces moyens le malade se rétablit bientôt.

THE LONDON MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL.

DÉCEMBRE 1836.

Remarques pratiques sur le traitement des fractures des membres inférieurs, mémoire lu à la Société médicale de l'université de Londres ; par M. W. Hallam, chirurgien du North London hospital.

Ce travail renferme quelques remarques importantes qui, sans être tout à fait neuves, méritent de fixer l'attention :

1° Utilité de l'application prompte de l'appareil dans les fractures simples. Il était depuis longtemps reçu en pratique de poser les membres fracturés en appareil, au moment même de l'arrivée des malades à l'hôpital. On reconnaissait plusieurs avantages à cette conduite, tels que de prévenir la congestion humorale dans le membre, et par conséquent un très-grand gonflement ; de favoriser la circulation veineuse par une position convenable, de coapter les fragments et les muscles, et par conséquent d'empêcher les soubresauts dangereux, etc. Ce précepte important, cependant, a été omis dans ces derniers temps par plusieurs chirurgiens, dans la croyance qu'il serait plus utile d'attendre quelques jours que la réaction se fût établie et dissipée avant d'appliquer l'appareil. M. Hallam fait voir combien la première pratique est préférable à la seconde : presque jamais, dit-il, nous n'avons besoin de faire des applications de sangsues sur le membre, en nous conduisant de cette manière. Nous partageons entièrement son opinion à cet égard.

2° Les fractures par cause directe sont ordinairement transverses. D'après les recherches de l'auteur, cette proposition serait incontestable. Il croit pouvoir assurer d'avance que si une personne reçoit, par exemple, un coup de canne sur l'avant-bras assez violent pour casser le cubitus, et qu'elle se fracture ensuite le radius du même membre en tombant sur la main, il croit, disons-nous, pouvoir assurer que la première fracture est transverse, tandis que la seconde est oblique. Qu'un individu se fracture la cuisse par le passage d'une roue de voiture sur cette partie, ou par la chute d'un corps lourd, tandis que l'autre se soit fracturée à la suite d'une chute de l'individu sur le genou, la lésion est transverse dans le premier cas, oblique dans le second. Cette observation peut être juste jusqu'à un certain point, mais les exceptions en sont si fréquentes qu'on ne pourrait pas la prendre pour règle de diagnostic. Il serait peut être plus exact de dire que toute fracture des os cylindriques qui arrive par contre-coup (et c'en est le plus grand nombre) est généralement oblique. On ne pourrait cependant pas assurer qu'une fracture n'est pas oblique parce qu'elle a été produite par une cause immédiate.

3° Appréciation de la crépitation. Sans doute que la crépitation lorsqu'on peut l'obtenir est le signe univoque de la fracture ; mais outre que la provocation de ce bruit ne peut pas toujours avoir lieu sans danger, il n'indique point, lorsqu'il existe, le nombre des pièces de la fracture. Il y a plus ; si le membre est composé de deux os, comme la jambe par exemple, et qu'il soit très-gonflé, la crépitation peut-être tellement vague qu'elle ne précise ni l'os fracturé ni l'endroit où la lésion a pu avoir lieu.

Voici un exemple de ce cas :

Fracture du péroné. Diagnostic douteux.

Obs. I. — Un homme fait un faux pas et tombe : on le conduit chez lui et on le traite comme ayant une entorse. Deux jours après, la jambe étant fort gonflée et ecchymosée, il est conduit à l'hôpital dans le service de M. Cooper. Ce praticien, conjointement à M. Quain, l'examine très-attentivement et sent une crépitation vers le tibia ; cependant la forme de cet os n'était pas altérée ; ils croient néanmoins à une fracture tibiale, posent le membre sur un plan incliné et combattent le gonflement par la position oblique du talon vers la fesse et par des applications émollientes. Quelques jours plus tard, le gonflement s'étant dissipé, on constate une fracture de la partie moyenne du péroné, le tibia étant sain.

La crépitation peut manquer entièrement malgré la présence de la fracture. C'est ce qui a souvent lieu dans les fractures intrarticulaires. On connaît une foule d'exemples de cette nature. M. Liston déclara qu'il n'y avait pas de fracture chez un homme qui, étant tombé sur la hanche, offrait un raccourcissement du membre avec extroversion du pied ; il se fonda sur ce que le malade pouvait fléchir en totalité le membre sur le bassin. Les deux premiers symptômes dépendaient, d'après lui, de la simple contusion. Eh bien ! quelques jours après, on fait lever le malade, il éprouve une vive douleur dans la hanche et ne peut pas se soutenir ; on le recouche, on le réexamine et l'on constate une fracture du col fémoral avec crépitation. Il est probable que lorsque M. Liston vit le malade, les fragments étaient engrénés entre eux. (Fracture avec engrénage.)

Dans un cas de M. A. Cooper, la fracture n'a pu être constatée qu'après le vingt-cinquième jour, malgré que M. Brodie et deux autres chirurgiens habiles eussent plusieurs fois examiné le membre très-attentivement. L'observation suivante est plus remarquable encore.

Rupture épiphysaire. Arrachement du grand trochanter. Symptômes extraordinaires. Diagnostique équivoque.

Obs. II. — Une jeune personne âgée de seize ans, fait une chute, elle se relève et retourne à pied chez elle. Quelques jours après elle se fait recevoir à l'hôpital Guy dans le service de M. Bright; elle continue à marcher dans l'hôpital même. M. A. Cooper examine attentivement le membre plusieurs jours de suite, et il ne peut reconnaître le moindre signe de fracture. Le membre cependant était d'un demi-pouce plus long que l'autre, et le pied restait dans l'extroversion. Les mouvements de l'articulation de la hanche étaient libres si l'on en excepte la rotation en dedans. Le neuvième jour de l'accident la malade meurt. A l'autopsie on trouve 1° le grand trochanter arraché à sa base, mais retenu très-exactement en place par les tendons des muscles fessiers et vaste externe qui étaient entiers.

La crépitation enfin peut être produite par d'autres causes que les fractures; je ne m'arrêterai pas à développer ce sujet très-connu d'ailleurs.

4° Il existe trois méthodes distinctes pour le traitement des fractures de la cuisse; quelle en est la meilleure? De ces trois méthodes (savoir : la position horizontale, le double plan incliné et la méthode de Pott), la dernière est presque entièrement abandonnée avec raison, dit l'auteur. Effectivement, en couchant le malade sur le côté, de manière que la cuisse soit fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse (le tout soutenu avec un bandage à bandelettes séparées, coussinets creux et une courte attelle de bois), outre que cette position est insupportable, la jambe du malade n'est aucunement coaptée; aussi a-t-on observé par cette méthode un plus grand nombre d'accidents que par les autres.

La méthode du double plan incliné compte des autorités imposantes pour partisans, Charles Bell et Dupuytren. Elle est adoptée dans plusieurs hôpitaux de Londres où elle a été simplifiée à l'aide d'un plan formé avec deux morceaux de planche joints angulairement ensemble. L'appareil de Earle, celui d'Amerbury peuvent aussi remplir le même but. Aux hôpitaux Saint-Thomas et Guy on n'emploie que le double plan incliné pour traiter les fractures de la cuisse, et l'on s'en trouve très-bien. Il en est de même des chirurgiens de l'hôpital Middlesex, si l'on en excepte M. Mayo qui préfère la position horizontale. Cette dernière conduite (méthode de l'horizontalité) est aussi adoptée au North London hospital. On exerce une légère extension sur le membre à l'aide de l'attelle de Desault. L'auteur de ce mémoire paraît lui-même partisan de cette dernière méthode.

Quelques auteurs avaient déjà fait remarquer qu'il y a telle fracture du fémur qu'on ne peut bien réduire ni maintenir sur le plan incliné, tandis que les choses vont bien si l'on change de méthode en mettant le membre dans l'horizontalité, et *vice versâ*. M. Hallam a eu l'occasion de faire la même observation dans le service de M. Liston, mais il se déclare partisan presque exclusif de la méthode de Desault.

Il résulte des considérations qui précèdent, que, dans l'état actuel de la science, les deux méthodes, dont nous venons de parler, doivent être adoptées dans la pratique suivant les circonstances particulières des malades. Il n'est nullement fait mention dans ce travail de l'appareil inamovible dont on a tant exagéré les effets dans ces derniers temps.

THE EDINBURGH MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL.

Altérations observées chez les noyés ; observations et autopsies par le docteur W. Ogston.

L'auteur rapporte dix-sept observations, la plupart suivies de l'autopsie, recueillies sur des noyés, dans le but d'éclairer la question agitée depuis quelques années entre les médecins legistes français, sur la possibilité de déterminer, d'après l'aspect du cadavre, l'époque de la submersion. Dans la plupart des faits, rapportés par le docteur Ogston, les cadavres ne sont restés que très-peu de temps dans l'eau, depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures ; dans trois cas seulement la durée de l'immersion avait été de plus de vingt-quatre heures, tandis que les recherches des médecins français ont eu pour objet des époques plus éloignées de la mort. Aussi les résultats obtenus par l'auteur ne peuvent être comparés que sur un très-petit nombre de points à ceux auxquels M. Devergie est arrivé sur ces questions. Cependant nous devons dire que plusieurs des faits, rapportés dans ce mémoire, semblent infirmer quelques-unes des propositions émises par ce dernier ; nous en citerons quelques exemples seulement. L'emphysème du poumon, que M. Devergie dit se développer après le trentième jour, a été observé par notre auteur dans un cas dès le quatrième jour de l'immersion. De même encore sur un sujet qui n'était resté que sept jours dans l'eau, la face interne des cuisses était verte et les deux bras présentaient de larges lignes bleues, produites par l'extravasation du sang hors des veines superficielles, qui, ainsi que la plupart des petits vaisseaux mis à découvert par la dissection, étaient vides ; ce qui, d'après M. Devergie, n'arrive qu'après le deuxième mois. Nous ne terminerons pas cependant sans rappeler que les recherches faites par ce dernier sur l'époque de la submersion reposent, ainsi qu'il l'a fait observer lui-même, sur des faits qui tous ont été recueillis pendant l'hiver, tandis que ceux du médecin anglais l'ont été à toutes les époques de l'année, et que, d'après M. Devergie lui-même, il y a de vingt à vingt-deux jours de différence entre la marche de la putréfaction en été, et celle de la putréfaction en hiver.

De la coagulabilité de l'urine comme signe diagnostic et thérapeutique des hydropisies, par le docteur W. Mateer, médecin de l'hôpital Belfast.

Les travaux faits par les médecins anglais sur la présence de l'albumine dans l'urine de quelques hydropiques, doivent nécessairement amener des changements dans la classification des hydropisies. Aucune cependant n'a encore été présentée qui satisfasse complétement dans l'état actuel de la science. Les cas d'hydropisies rapportés par l'auteur de ce mémoire sont au nombre de dix-neuf, et divisés en trois classes. La première contient ceux où la maladie dépend d'un état morbide et le plus souvent d'une altération organique des reins ; la seconde comprend ceux où la maladie dépendait d'une altération de quelque autre organe ; enfin la troisième renferme tous les autres cas qui ne dépendent d'aucune de ces causes précédentes, et spécialement ceux que l'auteur attribue à l'anémie des reins, sans altération de structure de cet organe et sans albumine dans l'urine. Nous regrettons de ne pas trouver sur ce dernier état morbide de documents assez complets pour pouvoir être analysés ici. Nous nous contenterons de rapporter un des cas cités par l'auteur, et quelques réflexions importantes sur la présence de l'albumine dans l'urine.

Obs. — C. Sherry, âgée de 40 ans, fileuse de coton, fut admise le 30 novembre. Depuis deux mois elle était malade ; ce qu'elle attribuait au froid qu'elle disait avoir éprouvé aux pieds un matin qu'étant très-pressée pour se rendre à son ouvrage elle y courut les pieds nus. Elle a un anasarque général et très-prononcé ; la malade éprouve des palpitations et une forte dyspnée après le moindre mouvement ; elle a complétement perdu l'appétit ; son urine est peu abondante ; et sa pesanteur spécifique est de 1040, et incoagulable ; un grand nombre de diurétiques furent employés sans aucun résultat ; à la fin, cependant, la malade se trouva bien d'une mixture d'infusion de gentiane et de carbonate d'ammoniaque : sous l'influence de ce traitement l'urine devint albumineuse, et à un degré encore plus prononcé quand on y joint une faible dose de teinture de cantharides. La quantité d'albumine contenue dans l'urine allait en augmentant à mesure que l'anasarque diminuait et que la santé de la malade se rétablissait, et devint aussi abondante que dans les cas où sa présence dépend d'un état morbide.

L'auteur rapporte plusieurs autres cas d'hydropisie, mais aussi incomplets que celui-ci où l'albumine n'a apparu dans l'urine que sous l'influence d'un traitement stimulant, et après que l'amélioration était devenue manifeste. Ce fait, qui avait été déjà signalé par un médecin anglais, le docteur Burrows, s'il était bien constaté, serait d'une haute importance ; car, il démontrerait que la présence de l'urine qui jusqu'ici n'a été considérée que comme un *signe pathologique* d'une maladie des reins, serait dans quelques cas un *signe thé-*

rapeutique, et indiquerait que la guérison commence à s'opérer.

Les autres substances qui, après les stimulants, sont les plus favorables à la production de l'albumine dans l'urine sont les amers et les sels, surtout lorsqu'ils sont combinés. Ces derniers jouissent en outre d'une autre propriété qu'il est important de ne pas ignorer quand on veut constater la présence de l'albumine dans l'urine; c'est qu'ils rendent soluble le coagulum d'albumine, obtenu au moyen de la chaleur appliquée à l'urine. Ainsi on doit se donner de garde toutes les fois que la chaleur ne démontre pas la présence de l'albumine dans l'urine d'hydropiques qui ont été traités auparavant par le tartrate de potasse ou d'autres diurétiques salins, d'affirmer que l'hydropisie ne dépend pas d'une maladie des reins; car, dans ces cas, on peut obtenir la coagulation de l'albumine qui avait résisté à l'ébullition par l'emploi d'autres réactifs, tels que le deuto-chlorure de mercure, l'acide nitrique, etc.

Il serait important de répéter les expériences propres à constater ces faits, qui, s'ils sont vrais, offrent un nouvel élément de progrès dans l'étude des hydropisies et dans celle des maladies des reins.

De la scarlatine qui a régné a Édimbourg dans les institutions de charité, destinées aux garçons et aux filles, pendant l'épidémie de 1835-36; par William Wood.

Déjà nous avons trouvé dans le même journal, la description de plusieurs épidémies de scarlatine, qui, à diverses époques, ont régné à Edimbourg. Comme dans l'analyse des travaux dont nous parlons ici nous laisserons de côté tout ce qui n'est que d'un intérêt médiocre, et ne nous arrêterons que sur deux états morbides qui compliquent la scarlatine plus fréquemment qu'on ne le croit communément, et sur lesquels nous trouvons ici quelques développements importants; savoir: le rhumatisme articulaire et les épanchements séreux.

On n'a pu constituer aucun rapport entre la gravité de la fièvre et la fréquence de l'hydropisie; chez le plus grand nombre de ceux qui ont été atteints de cette complication, la scarlatine n'avait offert aucun symptôme grave, et ordinairement ce n'est que pendant la convalescence, quelque temps après que la fièvre avait entièrement cessé que se formaient les épanchements séreux ou les infiltrations. Quelquefois il n'y avait qu'un peu d'œdème à la face, et quand il en existait à la fois aux mains et aux pieds, il avait commencé à paraître à la face, ensuite aux mains et après aux pieds.

Dans tous les cas d'hydropisie, l'urine était plus ou moins coagulable par la chaleur et d'une pesanteur spécifique moindre. Les recherches sur ce point ont été faites par le professeur Christison lui-même, et ne peuvent sous ce rapport laisser aucun doute. L'urine offrait une couleur si spéciale qu'il était facile de reconnaître à son inspection seule si elle était coagulable; elle ressemblait généralement à du petit lait; chez quelques malades, elle était colorée en rouge par du sang qui s'y trouvait arrêté en plus ou moins grande quantité.

Dans quelques cas, cet accident a été évidemment la suite d'une exposition au froid et surtout à un courant d'air froid pendant la convalescence; dans d'autres, il est survenu avant même que les malades eussent quitté leur lit, et lorsque les gardes-malades avaient pris les soins les plus minutieux pour empêcher que les enfants fissent d'imprudence.

Les écrivains sont loin d'être d'accord sur l'importance que l'on doit attacher à cet accident; les uns le regardent comme dépourvu de toute espèce de gravité; les autres le considèrent comme plus dangereux que la scarlatine elle-même pendant ses premières périodes. L'auteur attribue cette variété dans les opinions à la nature différente des différentes épidémies, et cite à cet égard ce qui a été observé à l'hôpital Hériot, dans les épidémies de 1804, 1812 et 1836. Dans les épidémies de 1804 et 1832, aucun malade n'est mort des effets primitifs de la fièvre, tandis que dans la première trois, et dans la seconde deux sont morts à la suite d'épanchements séreux; en 1836, trois malades sont morts des effets immédiats, et un d'effets plus éloignés, mais aucun à la suite d'épanchements séreux.

Quant aux *douleurs rhumatismales* à la suite de la scarlatine, dont on n'a commencé à s'occuper en France que tout récemment, le docteur Wood dit en avoir observé six cas dans l'épidémie dont il rapporte l'histoire. Dans quatre, les malades étaient affectés de *scarlatina anginosa* qui, chez deux, fut extrêmement grave. Chez deux de ces derniers, il y eut des douleurs rhumatismales dans les extrémités, mais sans gonflement ni rougeur; chez l'un elles commencèrent le troisième et chez l'autre le cinquième jour de la fièvre; chez tous deux pendant que l'éruption durait encore. Chez le troisième enfant, les coudes furent affectés, et bien qu'il n'y eût ni gonflement ni rougeur, la douleur était beaucoup augmentée par la pression. Cette complication ne vint que bien tard, après même qu'eut disparu un épanchement séreux qui avait existé longtemps. Dans le quatrième cas, l'affection rhumatique offrit un caractère remarquable. L'enfant se plaignit le septième jour de la fièvre, pendant la desquamation de la peau, de violentes douleurs dans les bras et dans les jambes.

Le onzième jour, il y avait un gonflement douloureux et très-fort des doigts.

Le vingt-deuxième jour, est survenu un peu d'œdème à la face, avec douleur à la tête.

Le vingt-neuvième jour, la douleur de tête reparut avec les symptômes d'une affection thoracique qui furent enlevés par la saignée et quelques autres moyens.

Le trente-huitième jour, il y eut des douleurs dans les mains et dans les cuisses, si vives, qu'on eut beaucoup de peine à le lever du lit, et qu'elles étaient augmentées par la plus légère pression sur les parties malades qui étaient tuméfiées mais sans rougeur.

Le quarantième jour, le malade se plaignit d'un mal de dents et de fortes douleurs rhumatiques dans la région du sourcil droit.

Le cinquante troisième jour, la douleur reparut de nouveau dans la cheville et le genou avec un fort gonflement de ces parties; après que ces symptômes eurent été combattus par des sangsues, des sinapismes et des vésicatoires, la cuisse devint le siége d'une très-vive douleur qui força le malade de garder le lit longtemps, et à la suite de laquelle il lui resta une espèce de paralysie dans la jambe gauche. Cette dernière affection

dura plusieurs mois, bien que la santé générale du malade semblât excellente, et disparût sous l'influence du séjour sur les bords de la mer et des bains de mer; il jouit aujourd'hui d'une santé parfaite et de l'usage complet de ses membres.

Le cinquième cas a été observé chez un adulte : une garde-malade qui fut prise pendant sa convalescence de la scarlatine d'un lombago qui fut long et douloureux.

Le sixième et le septième cas furent observés chez deux petites filles. Chez la première, une éruption de *purpura* fit place à celle de la scarlatine. Le sixième jour, elle fut prise de nausées avec vomissements, et de fortes coliques qui furent suivies d'évacuations muqueuses et sanguinolentes très-abondantes; après que ces symptômes eurent duré pendant quelque temps, elle fut prise de fortes *douleurs rhumatismales* dans les membres, les bras et le dos. Chez l'autre, les douleurs rhumatismales furent si intenses que pendant quelque temps elle fut incapable de faire le moindre mouvement dans son lit.

Du traitement de la scarlatine angineuse; par le docteur HAMILTON, de Falkirk.

La plupart des auteurs modernes sont d'accord sur l'utilité de l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de cette forme de la scarlatine; mais aucun, nous pensons, n'y a attaché autant d'importance que l'auteur de cet article, et ne l'a employé de la même manière que lui; aussi nous allons exposer avec quelque développement cette méthode.

La recommandation sur laquelle il insiste le plus, c'est de pratiquer la cautérisation des tonsilles aussitôt qu'il est possible. Dans le commencement il ne l'employait qu'après avoir opéré une évacuation sanguine, dans le but de combattre d'abord par cette dernière l'intensité de l'inflammation; mais il regarde maintenant cette précaution comme inutile, même comme nuisible; car un retard de vingt-quatre heures apporte une différence immense dans la facilité avec laquelle cette opération combat l'inflammation. Si on n'applique le caustique que le second jour de l'éruption, alors il est difficile, dans les cas graves, d'empêcher l'ulcération d'envahir les amygdales; appliqué dès le premier jour ses effets bienfaisants sont beaucoup plus évidents; mais son influence est encore plus marquée *si la cautérisation est faite avant que l'éruption ait paru.*

Le docteur Hamilton, afin de pratiquer cette opération aussitôt que possible, a l'habitude d'examiner régulièrement l'état de la gorge chez tous les enfants d'une famille où il y en a déjà un atteint de scarlatine, et il dit n'avoir pas été peu surpris de trouver que, dans les cas où la fièvre devait être forte, les amygdales étaient affectées au moins vingt-quatre heures avant que l'éruption parût, et même quelquefois deux et trois jours. Le jour qui précède l'éruption, les tonsilles, qui auparavant pouvaient être un peu gonflées, le deviennent bien plus, en même temps qu'elles passent d'un rose pâle à un rouge ardent. Il dit avoir pu communément, en surveillant ces changements, annoncer à quelle heure, pour ainsi dire, paraîtrait l'éruption, et même dans les cas où il n'y avait point eu de symptômes antécédents.

« Il est à remarquer, dit l'auteur, que les symptômes précurseurs n'ont aucun rapport dans la scarlatine avec la fièvre qui doit suivre. J'ai vu un cas où les symptômes avaient été extrêmement graves, et où la fièvre était peu intense, et le mal de gorge léger; en même temps j'envoyai chercher à l'école une sœur du même enfant, afin de m'assurer de l'état des amygdales, et je les trouvai très-tuméfiées et enflammées, et j'annonçai que l'éruption apparaîtrait le lendemain, ce qui arriva en effet; mais la maladie, au lieu d'être légère, fut très-grave; et cependant quand je fis venir l'enfant de l'école, elle paraissait bien sous tous les rapports; le pouls était naturel; il n'y avait ni céphalalgie, ni douleur à la gorge, même en avalant, ni nausées; les tonsilles seules tuméfiées me firent pronostiquer une scarlatine grave.

« Depuis que j'ai constaté ce fait, continue l'auteur, j'ai l'habitude d'examiner tous les matins les amygdales de tous les enfants qui n'ont pas eu la scarlatine dans les familles où il en est qui sont atteints de cette maladie; et aussitôt que je remarque qu'elles sont malades, je les touche avec le nitrate d'argent et continue de le faire tous les matins, jusqu'à ce que la fièvre ait cessé. Les effets obtenus de cette méthode ont été très-tranchés. Voici, au reste, la marche que suit la maladie lorsqu'on l'a employée : le jour qui précède l'éruption, la rougeur et le gonflement des amygdales prennent un accroissement notable qui continue encore le premier et le second jour après que l'éruption a paru. Le troisième et le quatrième jour, la rougeur et le gonflement restent stationnaires, mais les anfractuosités des amygdales présentent de la matière albumineuse blanche, plus ou moins abondante. Ensuite, le gonflement et l'inflammation commençait à diminuer rapidement, et, ordinairement, vers le huitième jour, après l'éruption, les glandes ont presque repris leur volume normal. L'application du nitrate d'argent, faite avant que l'éruption ait paru et continuée pendant tout le cours de la maladie n'a pas empêché l'inflammation des amygdales de suivre une marche croissante, mais elle prévient le troisième degré de cette inflammation, la période ulcérative la seule pendant laquelle la maladie soit très-dangeacuse.

L'auteur prétend avoir retiré le plus heureux résultat de l'emploi de cette méthode, qui, cependant, n'est applicable que dans les cas où la maladie a déjà paru dans une famille. Il dit même avoir engagé des parents, qui avaient éloigné des enfants de leur maison pour qu'il n'y contractassent pas la scarlatine, à les faire revenir afin de pouvoir suivre la marche de la maladie, et la combattre avec efficacité. Il rapporte plusieurs faits à l'appui de cette assertion. Nous analyserons un cas terminé par la mort, et qui est un exemple de l'affection des reins décrite par le docteur Brightt, qui est très-commune dans la scarlatine, mais qui s'offre rarement à un degré aussi prononcé.

OBS. — G. L..., âgé de 6 ans, se plaignit légèrement de la gorge en revenant de son ouvrage, il y a trois jours; il a gardé le lit pendant deux jours avec la fièvre, mais sans qu'aucune éruption fût visible, et a pris quelques purgatifs qui ont produit l'effet désiré.

La peau est médiocrement chaude; le pouls est à 140; la langue sale et les papilles proéminentes; les amygdales sont si tuméfiées qu'on peut à peine passer le nitrate d'argent entre elles deux; elles sont couvertes d'eschares et de concrétion blanchâtre et paraissent

fermer presque complétement le passage de la bouche à l'arrière-bouche.

L'état des amygdales ne permet de les toucher avec le nitrate d'argent que sur quelque points. Application de sangsues à l'angle de la mâchoire ; ensuite vésicatoires et cataplasmes chauds; fugmigation d'eau et de vinaigre; toutes les trois heures on prendra la poudre suivante :

Prenez : Calomel, 3 grains.
Opium, huitième de grain.

Le lendemain, 2 août, il y a eu un peu de délire pendant la nuit ; la peau est chaude, l'éruption imparfaite ; on ne peut faire pénétrer le nitrate d'argent entre les amygdales. Les jours suivants le pouls prend plus de fréquence (de 154 à 160) ; l'éruption disparaît complétement ; les amygdales diminuent de volume, mais présentent une masse complète d'eschares ; on donne du vin et du thé de bœuf ad libitum; l'oppression prend un caractère alarmant ; la toux devient quelquefois croupale ; le gonflement aux angles des mâchoires est considérable ; la prostration fait de rapides progrès, et l'enfant succombe le 8e jour de l'éruption.

Autopsie 43 heures après la mort. Les amygdales sont moins volumineuses qu'on n'aurait pensé ; mais elles ne forment qu'une masse d'eschares ; l'épiglotte et les parties qui approchent de l'ouverture de la glotte sont tuméfiéées et injectées, la membrane muqueuse du larynx et de la trachée est aussi injectée ; mais les deux poumons sont crépitants dans toute leur étendue : il sort des grosses bronches une petite quantité d'un fluide muco-purulent, La substance corticale des deux reins est couverte d'une matière de couleur de crème et à la surface de laquelle on sent facilement quelques vaisseaux. Cette couleur était surtout remarquable quand l'incision avait pénétré une partie de l'épaisseur des reins, et qu'on pouvait comparer entre elles les deux tissus dont se compose cet organe ; la substance tubuleuse paraissait tout à fait à l'état sain.

Observations relatives à l'emploi de l'hydriodate de potasse contre la syphilis secondaire ; par M. Bullock.

Obs.— John Segran, âgé de 28 ans, cocher, vient me consulter le 31 mars 1836. Deux ans auparavant, il avait eu un chancre syphilitique sur le dos de la verge qui avait été traité à l'aide du calomel donné deux fois par jour pendant deux mois sans salivation ni changement aucun dans l'état de la maladie. Deux mois plus tard, il reprit l'usage du mercure ; la salivation ayant eu lieu, le chancre s'est promptement cicatrisé.

Peu de temps après, il éprouve de l'inflammation ulcérative à la gorge ; on l'a traité par les caustiques localement, et le malade va mieux. Six mois ensuite l'ulcération de la gorge fait des progrès et plusieurs os sont frappés de nécrose et tombent.

Lorsque le malade a réclamé mes soins, j'ai trouvé une énorme brèche à la gorge, couverte d'escares cendrées ; les amygdales et la luette, le voile du palais et les piliers étaient entièrement détruits. Le vomer, les cornets inférieurs, les apophyses ptérygoïdes et une grande partie de l'etmoïde n'existaient plus. La santé générale était altérée ; la surface du corps froide et bleue comme chez les cholériques ; émaciation ; faiblesse ; impossibilité de se mettre sur le séant ; jambes œdémateuses ; pouls 120 ; céphalalgie ; inappétence ; dypsnée ; voix sifflante ; toux ; dysphagie ; insomnie, etc. Son état était tel, comme on le voit, qu'il était douteux qu'il pût survivre encore une semaine.

Prenez : Hydriodate de potasse, huit grains, dans une mixture de camphre, trois fois par jour.
Un grain d'opium le soir.
Des bouillons et du porter pour régime.
Application à la gorge d'*Unguent hydr. nitr. oxid.* deux fois par jour.

Le 2 mai, la santé du malade était singulièrement améliorée ; il passe de bonnes nuits, a de l'appétit, de la force ; la gorge est beaucoup mieux.

Le 2 juin, l'amélioration est progressive, le malade se lève ; d'autres exfoliations à la gorge ont lieu, la cicatrice se ferme de toutes parts, l'haleine est moins puante.

Le 1 août, la guérison est complète, le malade quitte l'hôpital et reprend son métier de cocher. L'ayant revu plus tard la cure ne s'était pas démentie.

M. Bullock rapporte onze observations analogues à la précédente, dans lesquelles l'hydriodate de potasse donné à la dose de huit grains, deux ou trois fois par jour, dans une potion camphrée, a constamment triomphé de la syphilis secondaire la plus rebelle. Ces faits s'étant passés publiquement dans l'hôpital Saint-Thomas, aucune contestation ne peut être élevée. Il est à remarquer en outre que dans tous ces cas la guérison a été radicale.

Recherches expérimentales sur les fractures de la rotule ; par M. G. Gulliver.

Partant de l'observation connue, que la difficulté de la réunion osseuse des fractures transversales de la rotule ne tient principalement qu'à la déchirure de la coiffe aponévrique du genou, M. Gulliver a voulu d'abord répéter quelques expériences qui avaient déjà été faites par M. A. Cooper sur les animaux vivants, pour rendre incontestable cette proposition ; il a cherché ensuite quelles pouvaient être les circonstances dans une pareille fracture chez l'homme qui rendaient si fréquente la déchirure aponévrotique. Il résulte de ses recherches que cette déchirure a toujours lieu plus ou moins lorsque la fracture dépend de cause musculaire ; le contraire s'observe dans celle qu'occasionnent des causes toutes locales, comme un coup de pierre, de canne, de balle, etc. Dans ces derniers cas, la réunion osseuse immédiate peut être obtenue d'après l'auteur, de même que dans les fractures verticales du même os. M. Gulliver a fait des expériences sur des cadavres, en fracturant la rotule d'un coup de marteau et en disséquant les parties ensuite ; il a trouvé que dans ce cas l'aponévrose restait intacte. Il ajoute que lorsqu'une balle fracture cet os en y laissant une plaie, la coiffe aponévrotique n'est entamée que sur un seul point ; elle est saine dans le reste, et cela suffit pour la réunion immédiate. Il en est de même dans la fracture produite par un coup de sabre ; le tissu fibreux n'est divisé que partiellement, sa réunion peut se faire promptement et fournir matière au cal osseux.

Les idées de M. Gulliver ne sont pas neuves ; il

existe aujourd'hui dans la science des faits plus concluants que ceux qu'il a rapportés en faveur de la réunion immédiate dans les fractures transversales de la rotule ; mais ce qui appartient réellement à l'auteur, et qui mérite du reste une confirmation plus étendue, c'est qu'une pareille réunion puisse s'obtenir plutôt dans les fractures par cause immédiate que dans celles par action musculaire. On n'oubliera pas à cette occasion que dans les fractures les plus fréquentes de cet os, qui arrivent par suite d'une chute de la hauteur naturelle, la lésion est occasionnée par la puissance musculaire, la chute n'en étant le plus souvent que la conséquence (Boyer).

M. Gulliver termine son travail par les propositions suivantes :

1° Lorsque l'aponévrose est complétement divisée comme dans les fractures par action musculaire, on ne peut s'attendre à une réunion osseuse.

2° Dans les fractures transverses qui ne se réunissent pas par une substance osseuse, les fragments et le tissu fibreux intermédiaire sont abondamment pourvus de vaisseaux sanguins. Leur manque de réunion par conséquent ne peut être attribué à un défaut de nutrition.

3° Lorsque dans une fracture transverse la réunion a lieu par un ligament intermédiaire, des dépositions osseuses s'observent fréquemment sur les deux fragments de la rotule ; de sorte que chaque fragment acquiert la forme d'une rotule entière.

4° La réunion osseuse dépend uniquement de la coaptation exacte des fragments, ce qui exige en grande partie l'intégrité de la coiffe antérieure du genou.

5° Le nouvel os ou le cal de la fracture est entièrement formé aux dépens des deux fragments.

6° La formation du cal osseux est précédée de la naissance d'un canevas fibreux dans lequel la matière osseuse se dépose et s'organise.

7° Il n'est pas exact de dire avec les physiologistes modernes que dans la formation du cal la matière osseuse subisse les mêmes phases que dans l'ostéogénie primitive. Ici on n'observe pas la période de cartilaginification, la substance osseuse se déposant de toute pièce dans le canevas fibreux que la nature y prépare.

Morsure mortelle d'un serpent venimeux (bungarus lineatus), observation communiquée par le docteur Dempster.

Obs. — John Lynn, de courte stature, tempérament sanguin, fut éveillé en sursaut par une sensation piquante au sacrum. En se retournant, il aperçoit un serpent se glissant sur le sol. Il se lève à l'instant, appelle ses camarades au secours et tue l'animal. Cela est arrivé vers les deux heures du matin.

Quinze minutes après la morsure, il éprouve une disposition à la syncope avec sueur froide ; puis il a des nausées et des vertiges. On prescrit un gros d'esprit d'ammoniaque avec autant d'éther sulfurique et deux gros de mixture de camphre, à répéter de demi-heure en demi-heure. On cautérise la morsure avec de la potasse liquide.

Vers les trois heures du matin le pouls est accéléré (150) et petit, peau froide et ridée ; vertiges répétés, trouble de la vision.

A quatre heures, spasme instantané des muscles de la gorge, impossibilité de parler ; dysphagie ; respiration précipitée ; tendance au coma.

On continue la potion avec addition d'un gros de laudanum à chaque prise.

A cinq heures, tous les symptômes empirent ; le spasme de la gorge est plus intense, il se répand aux muscles de l'abdomen et des lombes, sueurs froides et visqueuses en abondance ; anxiété ; pouls vite ; frissons s'étendant de la tête au cou, aux épaules et à l'épine.

La potion est continuée avec addition d'eau-de-vie chaude affaiblie avec de l'eau.

A six heures, les symptômes augmentent en intensité ; coma ; pupilles dilatées ; efforts pour vomir, écume à la bouche. A sept heures, pouls filiforme, respiration laborieuse. A neuf heures, mort.

Autopsie immédiatement après la mort. Membrane du cerveau et de la moelle épinière fort injectées. Existence de trois onces de sérosité dans les ventricules du cerveau, et un peu moins dans le commencement de la moelle épinière. Sac du péricarde contenant deux onces de sérosité. Les ventricules du cœur renferment du sang noir et liquide ; foie et rate très-gonflés. Les autres viscères sont sains. La morsure existait à un pouce et demi en dehors du sacrum ; elle n'offre rien de remarquable à la dissection.

Statistique de la production des hernies.

Il n'existe aucune statistique positive qui puisse nous apprendre si la hernie affecte plutôt les classes sédentaires que les classes laborieuses, les riches que les pauvres, les jeunes que les vieux. Quoique le célèbre docteur Monro établisse, d'après des documents de la Société herniaire de Londres, que la moyenne est de 7 pour cent, on trouve cependant dans son ouvrage que sur 40,460 recrues allemandes examinées par le docteur Verstrum, 365 furent réformées pour cause de hernie, ce qui fait moins que 1 pour cent ; et encore ces jeunes Allemands appartenaient-ils tous aux classes les plus pauvres. En supposant que les femmes et les enfants de cette population sont atteints de cette infirmité dans le même rapport, on aurait encore à peine 2 un quart pour cent pour la fréquence de la hernie à tous les âges. Cette moyenne contraste singulièrement avec celle de 7 pour cent adoptée par Monro, et plus encore avec celle de 1 un tiers résultant de l'examen des conscrits en France pendant trois années. Les Mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie fournissent peut-être les chiffres les plus certains, la moyenne est au-dessous des nombres cités dans les ouvrages de chirurgie.

Il est à craindre que la fréquence des hernies observée dans les différentes classes qui composent une nation ait été plutôt déterminée par conjecture que par la statistique. En Suisse, le canton d'Appenzell, selon Freytag et Blumenbach, serait celui où la hernie est la plus commune. Mais avant de donner des raisons ingénieuses à l'appui de ce fait, il aurait fallu que ces savants missent par des chiffres le fait lui-même hors de doute. Trouve-t-on plus de hernies dans les montagnes de l'Écosse, le pays de Galles, quelques parties de l'Irlande que dans les grandes plaines de France ou d'Angleterre ? On ne sait rien encore de positif à cet égard malgré l'affirmation de quelques médecins.

M. Lawrence, imposante autorité dans cette question, assure que cet accident est plus commun dans les classes laborieuses que dans les autres, pour la même raison chez les hommes plutôt que chez les femmes, et plutôt du côté droit que du côté gauche du corps. Il est fâcheux que ces assertions ne soient pas exprimées en chiffres, leur valeur serait plus incontestable. Les habitants du cap de Bonne-Espérance ne travaillent pas du tout, leur indolence est extrême, et cependant ils passent pour être très-sujets aux hernies. L'auteur de ces recherches, le docteur Knox, fut pendant quelques mois chirurgien d'un corps de *yeomanry*, composé de 900 fermiers hollandais et leurs fils de tout âge. L'un d'eux était mulâtre et réclama l'exemption de service à cause d'une hernie inguinale. Dans son rapport à l'officier, le docteur Knox exprimait le motif qui donnait lieu à cette exemption. Ne désignez pas la nature de la tumeur, lui fut-il répondu, car vous verriez bientôt un tiers de vos hommes réclamer la même dispense. Quoique cette crainte fût peut-être un peu exagérée, il n'en fut pas moins établi que ces colons du cap, dont l'indolence et le confort sont si connus, sont exposés aux hernies. Faut-il l'attribuer à l'habitude général de monter à cheval, et à leur corpulence remarquable? On peut admettre ces causes, quoiqu'on ne sache précisément quel rapport existe entre cette fréquence de la hernie et le chiffre de la population et les autres maladies chirurgicales.

Il est une disposition anatomique qui semble surtout favoriser la hernie, c'est la largeur exagérée du bassin, et par conséquent l'augmentation dans les dimensions de cette cavité, tant chez l'homme que chez la femme. Le docteur Knox a toujours trouvé cette disposition; quand elle était extrême, il y avait hernie crurale chez l'homme.

Eu égard à la fréquence des hernies dans les deux sexes, il paraîtrait, d'après un rapport de la Société des bandages de la cité de Londres pour l'année 1814, que sur 7,599 personnes soulagées dans cette institution, on comptait 6,458 hommes et 1,141 femmes; sur ces 7,599 individus, 2,597 étaient du sexe mâle et avaient une hernie inguinale du côté droit, 1,469 du même sexe avaient la hernie du côté gauche.

Vingt femmes avaient la hernie à droite, et 14 à gauche. La hernie crurale droite s'observait sur 264 femmes, et sur 246 à gauche. La même hernie droite n'était vue que 47 fois chez l'homme, et 11 fois du côté gauche. Quelle que soit l'exactitude de ces nombres, on ne saurait s'en servir pour établir une moyenne sur toute la population anglaise.

Les causes qui disposent plutôt les hommes aux hernies inguinales et les femmes aux crurales, ont été cherchées dans la différence de largeur des ouvertures donnant passage aux intestins. L'assertion de Monro sur la petitesse du ligament de gimbernat comme favorisant la hernie crurale chez les femmes, n'est plus admissible, car l'anatomie rigoureuse démontre que ce ligament est de même dimension dans les deux sexes et souvent plus large chez la femme.

Quelques-uns refusent encore d'admettre que la disproportion numérique des hernies gauches ou droites dépende de la disparité entre les deux côtés du bassin, tandis que cette différence est plutôt attribuée par Lawrence et M. Jules Cloquet à l'emploi habituel du côté droit du corps dans les mouvements. Le docteur Knox ne partage pas l'opinion de ces savants chirurgiens. Selon lui, ce n'est jamais d'une seule main qu'on lève un fardeau un peu lourd, et alors si l'on se sert des deux mains, la tendance aux hernies doit être égale des deux côtés. Or, il n'en est pas ainsi. Cependant l'auteur n'a pu jusqu'ici démontrer par le compas la plus grande largeur du côté droit du bassin.

Par ce qui précède, on voit que la statistique des hernies est loin d'être complète. On ne sait pas le chiffre moyen de cet accident sur tout le sexe mâle, ni l'âge où on l'observe le plus souvent. Les mêmes éléments manquent pour le sexe féminin. S'il est prouvé que l'équitation dispose aux hernies, on ne connaît pas dans quel rapport elles se rencontrent, dans la cavalerie relativement à l'infanterie. Ce nombre est encore ignoré pour les armées russes ou prussiennes. En France, on sait seulement par les relevés de la conscription de 1831 à 1833 que la moyenne est de 1, 3 pour cent recrues, tandis que la moyenne des réformes pour toute autre infirmité, le défaut de taille excepté, est de 6, 7 pour cent.

La race noire paraît être exempte de hernies. Sur plusieurs milliers de nègres visités par le docteur Knox, pas une seule n'a été vue; chez les mulâtres, au contraire, elle serait assez commune.

Par la nature de leurs travaux, qui exigent tant d'efforts musculaires, les marins sembleraient plus disposés aux hernies. Eh! bien, on n'entend guère parler de cette maladie chez cette classe d'hommes, et puis aucune statistique n'a été publiée sur ce sujet. Il est deux classes d'individus à peu près exemptes de hernies, les gens très-riches et les mendiants vagabonds.

THE INDIANA JOURNAL

OF

MEDICAL SCIENCE.

Du béribéri dans l'Inde.

En 1832, le bureau médical de Madras, voulant contribuer au progrès de la science, annonça aux médecins de cette résidence qu'un prix de 500 roupies ou une médaille d'or de cette valeur serait décerné à l'auteur de la meilleure dissertation sur le béribéri. Le docteur Malcolmson fut couronné; c'est de son mémoire que nous allons extraire les passages suivants :

Le plus souvent le béribéri se manifeste graduellement par une espèce d'engourdissement, ou la sensation d'un poids, d'une légère faiblesse et de raideur au-dessous de la partie moyenne des cuisses, quelquefois précédée de douleurs musculaires; ensuite on voit apparaître un peu d'œdème aux pieds, aux jambes et sur tout le long du tibia. La marche est incertaine, et même, lorsque le malade ne s'est pas encore aperçu de la faiblesse de ses membres qui tremblent quelquefois, il éprouve parfois des spasmes dans les mollets, à la plante des pieds, spasmes qui s'étendent jusqu'à la poitrine et au larynx, arrêtent alors la parole et la respiration.

L'altération de la motilité arrive quelquefois jusqu'à la paralysie complète surtout dans les muscles extenseurs, et on voit des sujets après une légère indisposition perdre subitement l'usage de leurs jambes. Les symptômes de la paralysie sont accompagnés en même temps de diverses affections douloureuses des nerfs, ou de la moelle, surtout au niveau des deux dernières vertèbres lombaires. Quelquefois la maladie ne fait pas de progrès et guérit. Le plus souvent l'insensibilité gagne l'abdomen, il y a sentiment de lassitude générale avec aversion pour toute espèce de mouvement, et les mains, les bras, la poitrine, sont successivement frappés de paralysie. L'oppression à l'épigastre est remarquable, dyspnée au moindre mouvement, œdème à la face et aux mains. Souvent on trouve le malade mort dans son lit, ou bien il succombe après plusieurs syncopes.

Au commencement, l'urine est toujours rare et foncée en couleur. Dans les cas anciens elle est plus abondante, trouble et pâle, et dépose beaucoup. Son émission est douloureuse. L'estomac est souvent irrité, l'abdomen et la poitrine sont aussi le siége d'une chaleur incommode, et des inflammations des bronches et de la plèvre ne tardent pas à survenir. Dans les premiers temps, le pouls peut être dur et fréquent ou même naturel, plus tard il est irrégulier et petit. La constipation est opiniâtre, les yeux sont entourés d'un cercle jaune, la peau froide : mort en peu d'heures. Ordinairement la maladie a une marche chronique, et le sujet, quoique exposé à mourir subitement, peut cependant vivre longtemps hydropique et paralytique.

Un Indien du 17e régiment d'infanterie entra à l'hôpital pour des ulcères aux jambes. Quelques jours après, il fut atteint du béribéri, se plaignant d'abord de soif, de lassitude, de dyspnée, d'un léger gonflement sur tout le corps, et particulièrement aux extrémités inférieures. Langue blanche, 100 pulsations par minute, peu fortes et intermittentes. Bientôt les jambes se paralysèrent; mort le lendemain de l'attaque avec tous les symptômes d'un épanchement dans la poitrine.

Les causes du béribéri sont inconnues. On l'attribue généralement à l'humidité du pays, quoique bien des circonstances énergiques qui aident sa production soient encore cachées. Il affecte rarement les enfants et frappe de préférence les étrangers qui ne sont que depuis huit à dix mois dans le pays. D'après un tableau dressé par M. Malcolmson, il paraît que c'est dans les mois d'août, septembre, octobre, novembre et décembre, que le béribéri est le plus fréquemment observé. Il se développe sur une zone qui s'éloigne rarement de plus de 40 milles de la mer, et où le terrain coupé de collines boisées est souvent inondé de pluies abondantes. Il y a néanmoins quelques exceptions. Ainsi, Candie, dans l'île de Ceylan, est à 60 milles de la mer. On a accusé l'alimentation végétale et l'usage trop répété du poisson salé de produire le béribéri, mais rien n'est moins prouvé.

Les Européens et les indigènes de l'intérieur des terres sont moins sujets à cette maladie que ceux qui habitent la côte. Dans un régiment composé de soldats nés pour la plupart dans les provinces supérieures du Bengale, le béribéri fit fort peu de victimes, quoique ces soldats vécussent dans les mêmes conditions que les indigènes des côtes.

Parmi les différentes sectes, les musulmans sont ceux qui sont le plus souvent atteints. L'eau de cette contrée ne paraît pas contenir de principe particulier.

Le traitement du béribéri est très-variable : la saignée générale et locale a cependant réussi lorsque la moelle épinière était le siége de vives douleurs. Comme dans toutes les maladies peu connues dans leur essence, des méthodes nombreuses et souvent opposées ont été mises en usage, et chacune compte des succès, tels sont le galvanisme, les contre-irritants, la noix vomique, l'huile de croton-tiglium et les purgatifs, les sudorifiques, les anti-spasmodiques et le mercure. Cette longue énumération fait assez voir que nulle de ces méthodes n'est encore spécifique. Les Indiens possèdent deux remèdes auxquels ils attachent beaucoup d'importance. Le *treak farook* fut pour la première fois apporté à Massulipatam par des marchands mongols, et recommandé dans le béribéri. Ce n'est autre chose que la thériaque des anciens préparée par un pharmacien de Venise, et reportée en Asie. Suivant M. Malcolmson, ce médicament réussit très-bien quand on a soin d'y joindre quelques doux laxatifs et de recommander l'usage

du lait, une diète légère, les frictions et un exercice modéré. Une autre composition vantée par les Indiens est l'*oleum nigrum* faite avec le benjoin, des clous de girofle, la muscade et le macis. Ils prétendent en retirer de grands avantages. Il est certain que la proportion des décès causés par le béribéri diminua d'une manière remarquable par l'usage général de cette huile noire. Le docteur Herklot en a surtout obtenu des effets surprenants. Sur cinquante cas de béribéri il a perdu seulement un seul malade, tandis qu'il en perdait ordinairement onze sur quinze par les méthodes ordinaires, la saignée et les purgatifs. Il donne quinze gouttes de l'huile noire deux fois par jour, les symptômes s'amendent dès le lendemain, et l'œdème commence à se dissiper. Au quatrième jour le mieux est très-sensible, le sixième on peut suspendre la prescription, et jamais on ne la continue au delà du quinzième jour.

Les accouchements dans l'Inde.

Parmi les Birmans, dès qu'une femme est arrivé au septième mois de sa grossesse, on lui recommande de serrer son *thamien* ou sa jupe plus fortemement et plus bas autour du ventre, immédiatement au-dessus du fœtus dans le but de le pousser et de le maintenir aussi bas que possible. On craindrait, s'il venait à remonter, que l'accouchement n'en fût plus long et plus difficile.

Quand le travail est déclaré, la femme est assistée par une ou deux woan-zwé (sages-femmes), et par 3, 4, ou même 5 ou 6 femmes de sa famille ou de ses amies qui ferment toutes les portes et les fenêtres de la chambre, de manière à empêcher toute entrée de l'air et à l'échauffer autant que possible. La femme se met complétement nue. On l'oblige en cet état à courir dans l'appartement autant que ses forces le lui permettent, soit seule, soit avec le secours de ses amies, quelquefois s'arrêtant les reins contre les poteaux de la maison, quelquefois soulevant un poids considérable avec les deux mains et le rejetant avec force, comme si elle pilait du riz, ou bien enfin se roulant sur le plancher. Durant tout ce temps aussi, elle fait entendre des cris aigus, faisant vœu de quitter son mari et désirant la mort, désir que les Birmans regardent comme une preuve de mauvaise éducation et d'ignorance. Le mari n'est point admis près de sa femme, il se tient ordinairement dans la chambre voisine ou dans la rue, riant des injures qu'elle lui adresse; ou, s'il est plus sensible, il entre et enlève le couvercle de toutes les boites qu'il y a dans sa maison, comme moyen de rompre les charmes que pourraient avoir fait naître ses ennemis; il prépare aussi avec des rites particuliers de l'eau *charmée* ou *sacrée*, pour faire boire à sa femme.

On frotte le corps de la femme avec de l'huile, et les assistantes lui appliquant un pied sur les reins poussent ainsi l'enfant vers la vulve. D'autres fois on place la femme sur le dos, et la sage-femme s'assied sur elle. Enfin, l'accouchement a lieu. On laisse l'enfant près de sa mère, jusqu'à ce que le placenta soit expulsé; pour procurer cette expulsion, les assistantes compriment de nouveau le ventre de la femme, tirent sur le cordon, quelquefois frappent sur les reins avec un oreiller dur, ou lui enfoncent une portion de sa longue chevelure dans la gorge pour exciter le vomissement. On coupe le cordon, les assistantes saisissent alors l'accouchée par les quatre membres, la soulèvent, la plongent dans l'eau chaude, puis la portent aussi près que possible d'un grand feu. On lui frotte le corps avec le *tumeric* et le *chunum*, et on lui en fait avaler aussi. Une brique chaude et du sel enveloppé dans un linge sont aussi promenés successivement sur diverses parties de son corps, et souvent l'on applique sur la vulve, ou même l'on introduit dans le vagin une poigné de sel.

Cette exposition au feu doit se répéter durant 7 jours. Pendant ce temps, l'accouchée est obligée de prendre la dose de sel, de tumeric et de chunam 3 fois par jour au lever du soleil, à midi, et le soir, pour tenir l'intérieur du corps aussi chaud que l'extérieur. Elle doit boire aussi de l'eau chaude. Enfin, une ou deux fois par jour, elle prend une sorte de bain de vapeur en s'asseyant près du feu sous un châssis de bambou que l'on recouvre de linges trempées dans l'eau chaude, ou sur une brique brûlante. Son lit est un banc de bambou qu'on place le plus près possible du feu. Elle n'a de place que juste pour se tourner et présenter au feu le dos ou le ventre quand la chaleur est trop forte sur une de ces parties. La chaleur à laquelle elle est soumise serait intolérable, si on ne lui frottait le corps fréquemment avec du tumeric pilé et de l'eau. Elle est donc tenue dans un état de sueur continuelle, qu'on ne fait cesser par degrés qu'au septième jour; on cite une dame de haut rang, qui pendant ces 7 jours a brûlé la valeur de onze cents bûches de bois de chauffage; mais la quantité ordinaire est de deux ou trois cents bûches. Le bois de tamarin est préféré par ceux qui peuvent s'en procurer, par la raison qu'il donne plus de chaleur. Pendant toutes ces opérations, la peau n'est garantie par aucun bandage, aussi à la fin est-elle devenue toute noire, et pèle plus tard.

Mais soit par négligence, soit par la difficulté d'empêcher les courants d'air dans la maison, la pauvre femme souvent prend froid, et gagne des douleurs rhumatismales ou d'autres affections de longue durée. Et quand surviennent des accidents de ce genre, les Birmans les attribuent uniquement à ce que la femme n'a pas été rôtie suffisamment. La principale sage-femme de la ville est une vieille femme âgée de 77 ans, elle exerce sa profession depuis plus de 50 ans et a accouché plus de 10,000 femmes. Elle est aujourd'hui souvent appelée pour délivrer les arrière-petites-filles de femmes qu'elle a accouchées dans sa jeunesse, et elle estime la mortalité des femmes en couches à 10 sur 100 : un accouchement lui est payé ordinairement 4 ou 5 roupies.

Le régime des femmes, durant les premiers jours qui suivent l'accouchement, consiste en riz bouilli dans une tasse de bouillon très-chaud fait avec un mélange de sauce de poisson, une grande quantité de poivre, quelques oignons, et la racine d'une plante *hura*, remarquable par ses propriétés échauffantes. Ce bouillon augmente la transpiration. On ne suppose pas que la femme ait du lait avant le quatrième jour. Pour favoriser cette sécrétion, on fait sur les mamelles des frictions avec de l'eau chaude, et les assistantes tiraillent les mamelons et les grattent avec les ongles. Quelquefois on mâche un peu de riz bouilli et on le porte jusque dans le gosier de l'enfant, mais d'ordinaire c'est un peu de miel et d'eau qu'on lui donne de temps en temps, et qui fait sa nourriture pendant les 3 premiers jours; alors la mère lui donne le sein.

THE SOUTHERN MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL.

Fracture considérable du crâne avec lésion de la dure-mère et du cerveau; guérison. Observation publiée par le docteur J.-M. ANTONY D'AUGUSTA (Géorgie).

Je fus appelé, le 9 mars 1834, à neuf heures du soir, pour voir un jeune domestique qui avait été trouvé le matin dans l'écurie dans un état de profonde stupeur et d'insensibilité complète. A mon arrivée, il était dans le même état : la respiration lente, le pouls faible. Au-dessus de l'oreille gauche existait une tuméfaction considérable des téguments avec plaie peu étendue, par laquelle étaient sortis du sang et une petite quantité de matière cérébrale, ce qui indiquait une fracture des os sous-jacents et une déchirure du cerveau.

Le malade resta dans le même état jusqu'au lendemain matin, que je me trouvai en consultation avec le docteur M. Antony. Nous procédâmes à un examen plus attentif de l'état des parties. Une incision fut pratiquée, qui, partant de la base de l'arcade zygomatique, s'étendait obliquement jusqu'au pariétal; une seconde incision fut dirigée transversalement au-dessus de l'oreille. Nous pûmes alors reconnaître la fracture. Elle s'étendait de l'angle inférieur et postérieur du pariétal à la portion temporale du sphénoïde, en décrivant une courbe à convexité inférieure. Un pouce et demi plus haut se trouvait une autre fracture ayant la même direction que la première, et se confondant avec elle par ses deux extrémités. La partie déprimée consistait en plusieurs fragments de différentes dimensions, unis entre eux et à la partie supérieure du pariétal par la lame interne qui, au lieu de se briser sous l'effort, s'était seulement pliée : la séparation n'était complète qu'à la partie inférieure. Après avoir enlevé quelques petites esquilles, nous essayâmes de relever les fragments au niveau du reste de l'os; mais nous ne pûmes y parvenir. Nous fûmes obligés de diviser la lame interne de l'os en haut, en avant et en arrière; il nous fut alors facile de les relever. Dans ce moment, le malade poussa un grand cri, et nous vîmes jaillir à peu près deux grandes cuillerées de matière cérébrale, ramollie et légèrement colorée de sang. La dure-mère était déchirée dans presque toute l'étendue de la fracture, au niveau de la partie inférieure. Aussitôt que la compression fut enlevée, apparut une hémorrhagie artérielle assez forte, mais qui ne tarda pas à s'arrêter spontanément. Après avoir bien nettoyé la plaie des esquilles et de la sciure d'os qu'elle contenait, elle fut recouverte par les lambeaux des téguments, maintenus par des bandelettes agglutinatives et un bandage convenable, de manière cependant à laisser du jour pour l'écoulement des liquides. Pendant l'opération, il s'établit une réaction bien marquée, et le malade recouvra presque complétement la sensibilité. Le 11 au matin, amélioration notable; cependant la parole n'est pas tout à fait revenue; la prononciation n'était pas nette; les phrases se composaient surtout de verbes, mais il n'y entrait aucun nom substantif; il ne paraissait se rappeler aucun nom. Le malade alla bien jusqu'au 14, que survinrent des mouvements spasmodiques des muscles, de la face et de la mâchoire du même côté que la fracture, mouvements qui durèrent à peu près vingt minutes. Ils reparurent dans la soirée, et furent calmés par une potion anodine. Dans la matinée du 15, la plaie fournit un écoulement jaunâtre et séreux qui persista plusieurs jours, pendant lesquels la parole revint progressivement. La guérison fut complète au bout de six semaines.

Au mois de janvier suivant, ce jeune homme fut pris de méningite, qui céda facilement à l'emploi de la saignée et du froid sur la tête.

A cette observation de perte de la mémoire des noms substantifs, l'auteur en ajoute une seconde qu'il eut occasion d'observer peu de temps après. Il s'agit d'une dame qui, au troisième jour d'une couche, sous l'influence du froid, fut prise de fièvre intense et de douleurs très-vives à la partie inférieure du lobe moyen du cerveau.

La malade ne pouvait prononcer un seul nom substantif. L'auteur de l'observation, se fondant sur le fait précédent, pensa qu'il s'agissait d'une compression de la même partie du cerveau, produite par une accumulation de liquide dans la cavité ventriculaire. Un traitement en harmonie avec cette manière de voir fut prescrit, et la malade guérit après un temps assez long.

Fracture du crâne avec enfoncement du pariétal; guérison sans opération du trépan; par B. STROBEL, D.-M. à Charleston.

Le 14 mai 1830, on vint me chercher, à quatre heures du matin, pour M. L., à bord du vaisseau français *l'Isaïe*. Je le trouvai étendu sur le pont, dans un état de prostration extrême, poussant de faibles cris. Les extrémités étaient froides, la figure pâle, les lèvres livides et le pouls à peine perceptible. La première indication qui se présentait était évidemment de produire une réaction. Je fis relever la tête du blessé et proje-

tai sur la figure de l'eau froide, puis je le fis transporter dans une maison voisine. Je procédai alors à un examen plus attentif. Je trouvai, au niveau de la bosse pariétale droite, une large plaie contuse du cuir chevelu, et, en introduisant mon doigt dans la solution de continuité, je reconnus une fracture avec enfoncement du pariétal. La dépression avait à peu près six à huit lignes de profondeur. Je portai ensuite mon attention sur la jambe droite, dont les deux os étaient fracturés. Le fragment supérieur du tibia faisait saillie à travers les téguments déchirés de la partie interne de la jambe, à environ quatre pouces au-dessus de l'articulation du cou-de-pied. Voici ce que j'appris sur la cause de cet accident : le blessé, homme d'une bonne constitution, âgé de trente-cinq ans, était premier contre-maître du bâtiment, auquel on faisait des réparations. Deux matelots, qui travaillaient au haut du grand mât, ayant reçu ordre de faire descendre un billot, le jetèrent sur le pont sans l'attacher à une corde. Le contre-maître, qui se promenait sur le pont, le reçut sur la tête, et fut immédiatement jeté sur le plancher ; dans sa chute, il reçut encore le bloc de bois sur la jambe droite, dont les deux os furent brisés. Considérant la violence du coup, l'étendue de la fracture et l'enfoncement considérable qui l'accompagnait, je ne doutai point qu'il ne survînt des symptômes de compression. Je me tins prêt à pratiquer l'opération du trépan, mais ne voulus y recourir que lorsqu'elle serait exigée par la nature des symptômes. En attendant, je me bornai à faire sur la tête des fomentations tièdes, je laissai la plaie ouverte, et je fis administrer un lavement excitant. La fracture de la jambe fut placée dans l'appareil ordinaire à ce genre de lésion.

Vers huit heures du soir, le pouls était dur, large et très-lent. Le malade se plaignait d'un grand mal de tête ; puis survint de l'assoupissement, de la stupeur, et de la difficulté et un état stertoreux de la respiration. Quoique la plaie eût fourni un écoulement de sang abondant, je fis une saignée que je poussai jusqu'à la syncope ; je prescrivis sur la tête l'application réitérée de linges imbibés d'eau froide, un bain de pieds fortement sinapisé et un lavement d'essence de térébenthine et de mélasse. Sous l'influence de ces remèdes, la respiration stertoreuse, la stupeur, l'assoupissement et la céphalalgie disparurent bientôt, et le pouls redevint mou et naturel. Je résolus de maintenir l'action dérivative sur le canal intestinal, et j'ordonnai l'administration immédiate de quinze grains de calomel, et, deux heures après, d'un verre de solution saturée de sel d'Epsom, à répéter toutes les heures. Il en résulta des selles abondantes. A compter de ce moment, il ne survint aucun symptôme grave, et la plaie du cuir chevelu fut complétement guérie au bout de cinq semaines ; mais l'enfoncement du pariétal persistait de la manière la plus évidente. Après la sixième semaine, le blessé put retourner à bord de son vaisseau. Depuis la guérison, j'ai eu la curiosité d'examiner le billot de bois qui avait produit ces lésions ; il pesait deux cent cinquante livres, et était entouré de cercles de fer très-solides. L'auteur s'engage dans une longue démonstration algébrique pour établir comment une masse aussi pesante, tombée d'aussi haut, n'a pas causé la mort immédiate. Nous en faisons grâce à nos lecteurs.

—

Cas de rétention du placenta dans l'utérus pendant quinze jours après l'accouchement; par G. Grant, D. M. à Jefferson.

Madame D. accoucha, le 12 mai, dans la soirée, de son premier enfant. Il ne se présente rien d'extraordinaire pendant l'accouchement. Le travail fut peu douloureux et rapide pour un premier enfantement. La sortie de l'enfant fut imédiatement suivie de celle du cordon, qui s'était rompu tout près du placenta. Après plusieurs heures d'attente, la sage-femme alarmée de ce que le délivre ne se présentait pas, fit réclamer la présence d'un médecin. Le docteur, après des efforts inutiles pour l'extraire, ordonna le seigle ergoté, qui, administré régulièrement pendant la nuit, détermina des douleurs utérines vives et continues, mais n'amena pas le résultat désiré. Le 13, on continua ce médicament, en y joignant une potion laxative avec l'huile de ricin ; mais les douleurs devinrent si intolérables, que la garde cessa d'administrer le seigle ergoté. On ne fit rien de nouveau jusqu'au dimanche 15, au soir, que le docteur W. fut de nouveau appelé. Il conseilla de nouveau le seigle ergoté, qui produisit le même effet que la première fois, c'est-à-dire d'intolérables douleurs. Je vis la malade le lundi matin, cinquième jour depuis l'accouchement. Je trouvai madame D. dans un état vraiment alarmant. La figure exprimait la plus vive souffrance ; le pouls était faible, fréquent, tendu ; l'abdomen d'une si excessive sensibilité, qu'on ne pouvait exercer la plus légère pression. Pour m'assurer de l'état du col de l'utérus, je pratiquai le toucher, et je le trouvai tuméfié, épais, complétement fermé et contracté. Il existait un écoulement sanguin continuel, au milieu duquel se trouvaient de petits fragments du placenta putréfié. Aussi les liquides du vagin exhalaient-ils la plus horrible fétidité. Je fus d'avis d'employer les narcotiques pour calmer les douleurs produites par le seigle ergoté, d'appliquer autour du ventre un large bandage qu'on serrerait graduellement. Ces moyens produisirent un effet magique. Nous arrêtâmes ensuite qu'on cesserait le seigle, qu'on renoncerait à toute tentative d'extraction, au moins pour le moment, et que des injections tièdes composées d'infusion de camomille, contenant par pinte une demi-once de chlorure d'oxide de sodium, seraient fréquemment répétées. La liberté du canal intestinal fut maintenue par des pilules purgatives. — Sept jours après la consultation, il n'existait plus d'écoulement fétide, ni d'hémorrhagie ; ce qui fit croire qu'il n'y avait plus de placenta dans l'utérus. Mais quatre jours après, la malade rendit une masse volumineuse qui était le reste du placenta. Depuis cette époque la santé s'est parfaitement rétablie.

Observations de fractures du fémur traitées au moyen du plan incliné et d'un poids attaché au pied; par Milton Antony, professeur d'accouchements à l'université de Géorgie (États-Unis).

Mon dessein est d'appeler l'attention des médecins sur le traitement des fractures du fémur au moyen du poids et du plan incliné. J'ai choisi, parmi un grand nombre d'autres, les cinq observations suivantes,

comme très-propres à mettre en évidence les avantages de ce mode de traitement.

Première observation. — Un nègre, âgé de quarante-six ans, étant occupé à conduire une charette, tomba de son cheval, et l'une des roues lui passa sur la cuisse. Il en résulta une luxation du genou et une fracture simple du fémur du même côté, au niveau de son tiers inférieur. Je vis le blessé sur le lieu même de l'accident, réduisis la luxation, et maintins les fragments en place au moyen d'attelles et d'un appareil temporaire, pour éviter l'irritation pendant qu'on le transporterait en ville. Aussitôt qu'il y fut arrivé, je le plaçai sur le dos, sur un lit formé de planches garnies de couvertures. Je mis sous la partie supérieure de la jambe un billot de bois cylindrique, d'environ six pouces de diamètre, enveloppé de plusieurs doubles de toile. Ce billot était placé assez loin de la cuisse pour ne la toucher qu'à peine, et sans qu'elle pût y prendre de point d'appui. Une bande fut ensuite roulée autour des malléoles et de la plante du pied, et servit à attacher une corde qui, passant sur le haut du lit, portait à son extrémité un morceau de brique du poids d'environ deux livres et demie. Après avoir réduit la fracture au moyen de l'extension et de la contre-extension, pratiquées par des aides, je plaçai autour de la cuisse quatre attelles assez courtes, que je maintins aussi solidement que possible, sans causer de douleurs, au moyen d'un bandage à plusieurs chefs. La cuisse était très-tuméfiée; je prescrivis de l'arroser souvent avec de la solution d'acétate de plomb et de vinaigre. Les orteils furent maintenus dans une position convenable, au moyen d'une bande croisée, dont les bouts furent fixés au lit à une distance de dix-huit à vingt pouces, de chaque côté du pied, lequel reposait sur le talon. Un autre tour de bande entoura la poitrine, passa sous les aisselles, et fut attachée solidement au lit pour opérer la contre-extension. Mais, ayant plus tard trouvé le poids du corps suffisant, je la supprimai. Le malade n'eut besoin d'autres soins que ceux qui consistaient à resserrer de temps à autre le bandage à plusieurs chefs à mesure que le gonflement diminuait. Au bout de deux semaines, le poids fut supprimé, excepté pendant le sommeil. Après la troisième semaine on enleva les attelles pour faire des frictions sur le membre; puis elles furent remises en place pendant une semaine ou deux, et le malade quitta l'hôpital. Je le rencontrai six mois après sur la route, conduisant sa charrette. Il s'arrêta pour me témoigner sa reconnaissance, et se livra sur ma demande, à plusieurs exercices, tels que de marcher, de courir, de sauter, de danser, ce qu'il faisait très-bien, sans qu'on pût remarquer la moindre imperfection dans les mouvements du membre qui avait été fracturé.

Deuxième observation. — Un garçon de onze ans, le plus turbulent de la ville, se cassa le fémur à sa partie moyenne, en tombant d'un arbre. Le petit malade fut couché sur le dos sur un matelas un peu dur, placé sur une table. Un oreiller, roulé transversalement, de manière à le rendre assez résistant, fut mis sous le haut de la jambe. La moitié d'une brique fut attachée au pied par le moyen d'une ficelle qui lui permettait de dépasser l'extrémité du lit de six à huit pouces; les fragments furent affrontés et maintenus par de petites attelles, comme dans le cas précédent. L'indocilité du malade et le peu de pesanteur du corps m'engagèrent à placer un lacs contre-extensif; mais il fallut bientôt y renoncer, par suite des efforts que fit l'enfant pour s'en débarrasser. Telle était son impatience, que, dès que la douleur commença à diminuer, il ne cessait de se mettre sur son séant; malgré cela, la guérison fut parfaite au bout de quatre semaines.

Troisième observation. — Il s'agit d'une petite fille de sept ans fort turbulente, qui, en s'amusant à glisser sur la rampe de l'escalier, tomba du premier étage, et se fit une fracture du fémur un peu au-dessus de la partie moyenne. Elle fut couchée sur un matelas placé sur la table à manger. Comme dans les cas précédents, un oreiller roulé fut mis sous le haut de la jambe, un poids d'une livre et demie suspendu au pied, des attelles fixées autour du membre fracturé, et un lacs contre-extensif établi sous les aisselles. La petite malade, d'un tempérament sanguin et nerveux des plus prononcés, fut très-sujette, pendant les premières quarante-huit heures, à des soubresauts du membre blessé, surtout pendant son sommeil; au bout de ce temps, l'irritation s'apaisa et elle put dormir tranquillement. Mais tout le temps qu'elle était éveillée, ses bras et sa jambe saine étaient dans un mouvement continuel. Le lacs contre-extensif fut maintenu pour l'empêcher de se lever et de glisser vers le pied du lit; cependant j'y renonçai au bout de huit à dix jours. A la même époque, je fis ôter le poids attaché au pied; on ne le remettait que le soir. Tout marcha bien, et au bout de quatre semaines j'enlevai tout l'appareil, lui laissant la liberté de ses mouvements dans le lit. En comparant la longueur du membre fracturé avec celui du côté opposé, nous trouvâmes le premier plus long de quatre ou cinq lignes. Mais quand l'enfant eut marché, le membre reprit sa longueur normale, et, dans ce cas comme dans les autres, il ne resta pas la moindre difformité.

Quatrième observation. — Un jeune nègre, de dix à onze ans, tomba d'un chariot pesamment chargé de neuf balles de coton. La roue, en passant sur l'une des cuisses, détermina une fracture comminutive du fémur, étendue depuis la partie moyenne de l'os jusqu'à quatre ou cinq pouces au-dessus, avec gonflement considérable et plaie contuse peu étendus, mais fournissant un écoulement de sang continuel. Le malade fut traité de la même manière que les précédents, excepté qu'une douce compression fut exercée sur la partie tuméfiée pour en expulser le sang épanché, et que les attelles furent disposées de manière à permettre de panser chaque jour la plaie extérieure. Ce cas s'étant présenté pendant la durée des cours, fut observé par les élèves qui suivaient l'Université, et plusieurs d'entre eux furent chargés des pansements journaliers. Le petit malade sortit au bout de quatre semaines en très-bon état. Comme il avait à faire une dizaine de lieues dans une charrette, on jugea à propos de laisser en place trois petites attelles, jusqu'à son arrivée chez lui. Il n'y avait aucune différence entre les deux membres, excepté une augmentation de volume de l'os au niveau de la fracture comminutive, et un peu d'allongement du membre. Il ne lui resta aucune incommodité par suite de cet accident.

Cinquième observation. — Le sujet de cette observation est une petite fille de trois ans, qui eut le fémur droit fracturé un peu au-dessus de sa partie moyenne par la chute d'une porte. Un oreiller, roulé de manière à représenter un cylindre de trois pouces et demi de diamètre, fut placé sous la jambe, et un poids d'une livre attaché au pied. Le lacs contre-extensif ne put être

maintenu plus d'un jour, à cause des efforts de l'enfant, et l'on se contenta de la main de la garde maintenue à peu près constamment sur le bassin. Quand le corps se rapprochait du bout de la table, on le relevait doucement en le saisissant par dessous les aisselles. Le traitement fut exactement le même que dans les cas précédents. Au bout de trois semaines le poids fut supprimé. On laissa en place les attelles pour se tenir en garde contre les mouvements brusques de l'enfant, qui fut mise dans son lit ordinaire, où on dut la laisser encore pendant huit à dix jours.

Réflexions. — En choisissant ces cinq cas parmi tous ceux que m'a fournis ma pratique depuis onze ou douze ans, j'ai eu l'intention de présenter les faits les plus variés qui se sont offerts à mon observation, et de faire mieux ressortir la valeur de la méthode du traitement que j'indique.

Son mode d'action doit être évident pour tout le monde. D'abord, le poids, tout faible qu'il est, est souvent suffisant pour mettre en contact des surfaces fracturées, et, dans tous les cas, il suffit pour épuiser la contractilité des muscles du membre bien avant que le travail de consolidation ne s'effectue, et avant que la disparition de la douleur locale ne permette aux malades de lui imprimer des mouvements. La traction faible, mais continue, assure la longueur et la rectitude du membre, et les petites attelles, maintenues avec une force modérée, mettent à l'abri du déplacement qui pourrait résulter des mouvements accidentels, lesquels irriteraient les parties molles, et compromettraient la réunion des fragments. Du reste, la parfaite coaptation que j'ai toujours observée par ce mode de traitement me fait penser que le poids et les attelles pourraient être supprimés plus tôt que je ne l'ai fait; mais ne voulant pas risquer de compromettre la guérison, je n'ai pas déterminé précisément à quelle époque on pourrait enlever l'appareil avec sûreté. Je lui trouve aussi l'avantage 1° de donner beaucoup de facilité pour l'excrétion des urines et des matières fécales, que l'on peut recevoir dans des serviettes, de la toile cirée, des éponges, ou des vases appropriés suivant l'âge des malades; 2° de ne causer aucune souffrance par la compression de quelque pièce d'appareil.

Je puis parler d'autant plus franchement de cette méthode que je n'en suis pas l'auteur. Ce qui m'engagea à l'employer, ce fut un article de mon ami le docteur W. C. Daniel, de Savannah, inséré dans un des premiers numéros du *Boston médical et surgical journal.* Depuis, j'ai reconnu qu'elle avait été recommandée beaucoup plus anciennement. Le seul changement que je me suis permis consiste à supprimer la poulie qui me paraît inutile, la corde se mouvant assez librement sur le bout du matelas ou de la table.

Le mode du traitement dont je parle me paraît à la fois si rationnel et si simple, que je ne conçois pas que les chirurgiens ne l'aient pas adopté dès qu'il a été proposé. Pendant les quinze premières années de ma pratique, j'avais l'habitude d'employer les différents appareils recommandés par les chirurgiens célèbres, tels que Desault, Physic, etc., appareils qui sont tous basés sur le principe du maintien de la coaptation au moyen de l'extension et de la contre-extension. Sans parler de la douleur qui résultait de leur application, je n'avais que trop souvent observé de larges excoriations, et même d'inquiétantes ulcérations. Aussi, je ne voyais jamais un cas de fracture du fémur sans redouter pour le malade d'inévitables souffrances et une déformation ou un raccourcissement de son membre. Je crois donc remplir un devoir envers la science chirurgicale aussi bien qu'envers l'humanité en appelant de nouveau l'attention sur une méthode de traitement propre à donner les résultats les plus favorables avec l'appareil le plus simple et le plus commode pour les malades.

THE AMERICAN JOURNAL

OF THE

MEDICAL SCIENCE.

Cas de sécrétion menstruelle des trompes de Fallope; par F. W. Adams, médecin-docteur, à Montpellier.

Madame L. E., âgée de trente-huit ans, d'une constitution délicate, d'une faible santé, accoucha, à vingt-neuf ans, de son second enfant. Cette couche fut immédiatement suivie de symptômes hystériques, de la forme la plus grave, dont elle ne guérit que fort lentement et d'une manière très-imparfaite. Cependant, au bout de quelques mois, elle fut assez bien remise pour reprendre une partie de ses occupations domestiques qu'elle était souvent obligée d'interrompre. Pendant sa convalescence, il survint quelques symptômes qui paraissaient annoncer le rétablissement des règles, mais aucun écoulement ne parut. Cependant la manière successive et périodique avec laquelle ils revenaient, engagèrent à employer quelques médicaments propres à favoriser les efforts de la nature; mais ils furent évidemment nuisibles. Il fallut y renoncer, et en venir à l'opium, qui procura quelque soulagement. Pendant plusieurs années que dura cet état, les paroxysmes indiquant une fluxion utérine se montrèrent très-périodiques, et revenaient à des intervalles tout à fait semblables à ceux qui séparent la menstruation normale. Plus tard cependant ces intervalles se rapprochèrent; ils changèrent leur type mensuel pour prendre le type semi-mensuel, et parurent perdre de leur régularité; ils finirent même par disparaître, et la malade vécut au milieu de souffrances continues que les narcotiques seuls pouvaient soulager. C'est à cette époque que je vis la malade; elle était d'une extrême maigreur, sans force musculaire, mais douée de la sensibilité nerveuse la plus exaltée. Elle éprouvait constamment au bas de la région lombaire et dans le bassin un sentiment de poids et de plénitude, avec douleur excessive, quand elle n'était pas sous l'influence d'un narcotique. Il y avait perte complète d'appétit avec constipation; l'abdomen, un peu tendu, était sensible à la pression; syncopes fréquentes, nausées quelquefois accompagnées de vomissements; la langue sèche et couverte d'un enduit épais; le pouls petit, serré, fréquent. L'utérus était volumineux, dur et uniforme; son col était effacé. Absence de règles depuis neuf ans; signes marqués de chlorose; leucorrhée vaginale abondante.

Je calmai de mon mieux les douleurs avec de l'opium, de la jusquiame et de la ciguë, en ayant recours de temps à autre à de légers purgatifs. Les choses étaient dans le même état depuis plusieurs mois, lorsque le 25 septembre la malade sentit tout à coup dans la région lombaire quelque chose se déchirer et un liquide descendre dans la bassin, en même temps la grande lèvre de la vulve se tuméfia beaucoup, et prit une coloration violette foncée. Quelques heures après, je fis une ponction à la tumeur; il en sortit plus d'une demi-pinte d'un liquide visqueux, homogène, d'un rouge noirâtre, d'une extrême fétidité, parfaitement semblable à du sang menstruel longtemps retenu dans un vagin imperforé.

Le second jour, la ponction s'étant fermée, la tumeur se reforma avec les mêmes caractères, mais fournit moins de liquide. Il survint une péritonite aiguë, et la malade ne tarda pas à succomber.

A force d'importunités, j'obtins du mari la permission de faire un examen partiel du cadavre. L'abdomen ouvert fit voir une coloration brunâtre, due évidemment à l'épanchement ci-dessus mentionné. A la partie latérale gauche de la matrice existait un kyste rompu qui avait fourni le liquide accumulé dans la grande lèvre; il avait pu en contenir plus d'une pinte. Ce kyste, qu'il était facile de reconnaître pour la trompe de Fallope, était uni en dedans au corps de la matrice; il était libre par sa partie externe. A droite, dans la même situation et avec les mêmes caractères, existait un kyste entier, d'une forme oblongue, d'une couleur rouge foncé, libre du côté de l'iléum, adhérente en dedans à l'utérus, contenant à peu près une demi-pinte de liquide en tout semblable à celui évacué par la grande lèvre. L'utérus, du volume du poing d'un adulte, était presque globuleux; le col était effacé. La texture de l'utérus était plus dure, mais moins résistante que d'ordinaire; sa cavité était complétement oblitérée par la fusion des parois, de manière qu'il n'y avait pas même une cicatrice pour indiquer la place où elle avait existé. Je ne pus retrouver l'ovaire gauche; le droit était considérablement atrophié. Plusieurs points gangréneux du péritoine intestinal; épanchement péritonéal presque nul.

Telles sont les lésions que m'ont fait découvrir l'examen auquel je me suis livré, et qui me semblent rendre parfaitement compte des symptômes observés pendant la vie. Je sais que la dilatation des trompes de Fallope par le produit de la conception, et que l'oblitération de la cavité utérine ont déjà été souvent observés; aussi je n'en parlerais pas, s'il ne s'agissait ici de la coexistence de ces deux anomalies, que je ne crois pas avoir été signalées. Je ne sache pas que personne ait indiqué un cas où la membrane interne des trompes de Fallope ait suppléé la sécrétion utérine. Il est impossible de douter que les deux kystes ne fussent formés par les trompes, et que le liquide qu'ils contenaient ne fût un produit de la sécrétion de leur membrane interne, destiné à remplacer la sécrétion menstruelle et

en possédant tous les caractères. Il est plus que probable que l'oblitération de la cavité utérine a été produite par l'inflammation de son tissu et par l'adhésion consécutive de ses parois.

Puisque nous voyons la sécrétion menstruelle, quoique appartenant à la muqueuse utérine, s'effectuer par beaucoup d'autres organes, n'est-il pas naturel de penser que la membrane qui a avec elle la plus grande analogie puisse la suppléer : et, certes, la membrane interne des trompes est celle qui possède cette analogie au plus haut degré. Ce n'est donc ici qu'un de ces cas nombreux où la nature a substitué un organe à un autre pour l'accomplissement d'une fonction devenue impossible.

Traitement de la blennorrhagie aiguë par la compression; par DALTON, docteur-médecin à la Nouvelle-Orléans.

Les bons effets que l'on retire journellement de la compression méthodique dans les inflammations locales, et spécialement dans le paraphymosis, ont appelé mon attention sur les avantages que cette méthode pourrait offrir dans la blennorrhagie aiguë. Je fus conduit par l'analogie à en proposer l'usage dans un cas de ce genre qui, pendant dix-huit mois, avait résisté à tous les traitements. Un bandage roulé fut appliqué avec soin et ménagement depuis le gland jusqu'à la racine de la verge, celle-ci étant dans le relâchement. Je prescrivis ensuite de la tenir plongée dans une solution froide et concentrée d'acétate de plomb, et de tenir la bande toujours mouillée, ce qui ajouta beaucoup à l'effet de la compression, en s'opposant aux fréquentes et douloureuses érections qui tourmentaient le malade pendant son sommeil. Pour produire un effet sédatif sur le tissu érectile et nettoyer l'urètre, je prescrivis aussi de faire, trois ou quatre fois par jour, dans le canal, des injections avec une solution de deux grains de sulfate de zinc et autant d'extrait de saturne dans quatre onces d'eau de roses. Le malade ne devait prendre que la moitié de ses aliments ordinaires et garder la chambre. Ces prescriptions furent exécutées avec la plus grande exactitude, et le résultat fut qu'au bout de quarante-huit heures la maladie avait complétement disparu.

Ce mode de traitement de la blennorrhagie est certainement nouveau; il est en même temps d'une grande importance, puisqu'il procure une guérison rapide et certaine. Je dis prompte et certaine, car tel a été le résultat uniforme de ma pratique pendant cinq ou six ans de pratique dans les hôpitaux militaires où j'ai rencontré les meilleures occasions de mettre à l'épreuve la valeur et la certitude de ce moyen. Je puis donc le recommander avec confiance à l'attention des médecins. Bien souvent j'ai entendu dire à des personnes qui avaient été ainsi traitées qu'elles ne redoutaient plus les blennorrhagies maintenant qu'elles avaient un sûr moyen de s'en débarrasser en deux ou trois jours.

L'application du bandage, quoique n'ayant rien de particulier, demande beaucoup de soin et de dextérité. Je commence par faire uriner le malade et par pousser doucement une injection au moyen d'une seringue d'ivoire. Cela fait, je recouvre le gland d'une couche mince de charpie, et je prends une bande de linge vieux et fin, d'une largeur d'un pouce et demi et assez longue pour envelopper la verge deux fois dans toute son étendue. J'en fixe l'extrémité sur le dos de la verge, et la dirige d'avant en arrière sur le gland, puis la porte à la partie inférieure, au point correspondant à celui où se trouve le commencement de la bande. Dans ce point, je change la direction au moyen d'un renversé, et porte la bande transversalement autour du gland, de manière à fixer solidement la charpie et le chef de la bande. Puis allongeant, autant que possible, le pénis, je fais jusqu'à sa racine des tours de bande fortement mais uniformément serrés. Il ne reste plus qu'à plonger le tout dans la solution saturnée.

Comme le fait, avec beaucoup de raison, observer l'éditeur du journal américain, ce mode de traitement a quelque chose qui choque trop nos idées sur la nature de la blennorrhagie pour être adopté sans hésitation. Mais comme l'auteur s'appuie sur une pratique étendue et sur de nombreux cas de réussite, c'est à l'expérience qu'il faut en appeler pour décider de la valeur de cette nouvelle méthode.

Cas remarquable d'un clou resté dans les poumons pendant plus d'une année.

Miss Lyman, âgée de 5 ans, fut tout à coup saisie, en jouant à l'école, au mois de mai 1823, d'une toux convulsive et de vomissements causés par un corps étranger qu'elle venait d'avaler avec grande difficulté. En recouvrant la parole, elle assura qu'au moment où elle commença à tousser elle avait à la bouche un clou de l'espèce de ceux qui servent à couvrir les malles, et qu'elle l'avait avalé. Le docteur Cogswell, qui vit la jeune fille peu de moments après l'accident, lui fit prendre de l'huile de ricin. La toux continua d'être très-intense pendant plusieurs jours, puis elle se calma ; le médecin pensait qu'elle provenait de l'irritation causée dans le principe par le passage du clou le long de l'œsophage.

Un an après, miss Lyman prit froid, la toux qui avait cessé reparut et s'accompagna d'expectoration et d'hémoptisie. La fièvre hectique, les sueurs nocturnes et d'autres symptômes ne tardèrent pas à établir le diagnostic de la dernière période de la phthisie pulmonaire. Sa mère était morte en couches de la même maladie. Miss Lyman mourut le 1er juin 1824.

A l'autopsie, la trachée et le poumon gauche étaient sains ; mais la bronche droite était enflammée, et vers la quatrième ou cinquième division de cette bronche on trouva un clou long d'un demi-pouce, et ayant une large tête. Il était noir sans être corrodé, et paraissait fixé dans l'une des divisions bronchiques. Comme il n'existait point de canal se dirigeant du clou à quelque portion de poumon, il était probable qu'il n'avait pas changé de place. Autour de lui, les vaisseaux étaient un peu engorgés, mais le poumon droit était moins altéré à l'endroit du clou que dans le reste de son étendue; il était adhérent et entremêlé d'abcès dont le pus passait dans les bronches par des fistules.

On connaît peu d'exemples d'un corps étranger si large demeurant dans les poumons sans produire promptement la mort. On a vu que, chez miss Lyman, le

poumon gauche était sain, et une grande portion de celui du côté droit servait très-bien aux fonctions respiratoires.

M. Sue rapporte le cas d'une jeune fille de huit ans qui, en avalant un morceau de pigeon, toussa longtemps comme si quelque chose s'était arrêtée dans la trachée. Dix-huit ans et un mois après, elle rendit, dans un violent accès de toux, un fragment d'os de pigeon. Une année plus tard, elle se mourait de phthisie. M. Broussais a publié un cas de pneumonie chronique causée par une balle qui séjourna dans la poitrine pendant sept ans. M. Louis cite un marchand dans la trachée duquel une pièce d'or séjourna pendant quatre ans sans beaucoup d'inconvénients, excepté quand il était dans une position horizontale. A la fin, elle produisit l'ulcération, et le malade mourut de phthisie. Dupuytren avait observé un fait semblable.

Institutions médicales des Etats-Unis.

L'époque de l'introduction de la médecine européenne dans l'Amérique du nord n'a pas de date précise. Il semblerait qu'après le premier établissement des Anglais dans ce pays, les membres du clergé s'occupaient de l'art de guérir ; et non-seulement ils faisaient des prescriptions, mais encore ils se livraient aux controverses médicales et publiaient des traités.

Mais déjà en 1638, le collége de Harvard était fondé à Cambridge dans la Nouvelle-Angleterre; en 1691 et 1700, ceux de William et Marie en Virginie, et de Yale au Connecticut étaient aussi établis. Plusieurs de leurs élèves visitaient l'Europe et surtout Edimbourg pour suivre les cours de médecine, et après avoir pris leurs grades ils revenaient pratiquer en Amérique. Presque tous les plus grands médecins et chirurgiens qui vivaient avant la révolution avaient étudié en Europe; la plupart venaient directement d'Angleterre; car jusqu'à l'époque de la séparation de la mère-patrie, il semblait qu'il n'était pas possible d'enseigner la médecine en Amérique.

En 1750, le corps du meurtrier Herman Caroll fut disséqué après l'exécution à New-York par John Bard et Peter Middleton, deux des plus célèbres docteurs du temps. Ce fut la première tentative d'introduction des études anatomiques aux États-Unis. Plusieurs années après, des cours d'anatomie et de chirurgie, aidés par la dissection, étaient faits à New-Porte, Rhode-Island, par un docteur, W. Hunter, Écossais, parent des célèbres William et John Hunter d'Angleterre; il avait été élevé par le premier Monro et faisait des cours d'anatomie comparée qui étaient suivis par toute la ville.

Ce ne fut qu'en 1762 que deux médecins américains, MM. Shipen et Morgan, fondèrent l'université de Pensylvanie.

On compte aujourd'hui aux États-Unis 23 colléges médicaux ayant le pouvoir de conférer des grades. Ces colléges sont suivis pendant l'année scolaire par 2,500 étudiants, dont 5 ou 600 prennent leurs degrés. Dans ce pays les différentes branches de la profession ne sont pas distinctes comme en Angleterre. L'apothicaire aux États-Unis correspond au titre de pharmacien en France. Jamais il ne visite de malades, et ne fait de prescriptions chez lui.

Tout candidat au diplôme médical doit connaître la pratique de la médecine et de la chirurgie. Quoique quelques-uns soient portés par leur goût à exercer plutôt la chirurgie, par exemple, que la médecine, ils n'en sont pas moins forcés à étudier également les deux parties de la science.

Les colléges sont tous organisés sur le même plan, bien qu'il y en ait qui diffèrent par le nombre des chaires, et les facilités pour l'étude.

Dans les plus grands colléges on exige que le candidat ait étudié la médecine pendant 3 ans, suivi deux cours publics sur toutes les parties de la science dans quelque institution médicale régulièrement organisée. Alors viennent les examens et la thèse. Dans certaines écoles, l'élève doit être âgé de 21 ans et d'une bonne moralité ; dans d'autres, on demande quelques notions de philosophie et de latin. Partout les examens se font en anglais. A l'université de Pensylvanie seulement le diplôme est en anglais et du langage le plus simple.

Des hôpitaux ou des dispensaires facilitent l'étude des maladies et des opérations chirurgicales. L'élève est obligé de les suivre pendant un an, et de disséquer durant le même espace de temps, outre les deux cours d'anatomie exigés.

La rétribution universitaire varie beaucoup suivant les colléges. A l'université de Pensylvanie, le prix est de 120 dollars ou 27 livres sterling pour un cours, tandis que dans certaines écoles on ne paie que 55 dollars ou 12 livres sterling. Le droit de diplôme varie aussi : il est de 40 dollars à l'université de Pensylvanie, et de 5 seulement à celle de Virginie.

Le mode d'enseignement est le même que celui qui est adopté en Europe : leçons aidées par la démonstration et expériences, muséum, cabinet de préparations, etc.

Le temps scolaire des écoles purement médicales commence le 1er novembre et se termine à la fin de février. Les salles de dissection sont quelquefois ouvertes plus tôt, comme au collége de Jefferson à Philadelphie, où des cours ont lieu dès le mois d'octobre.

(*Baltimore med. Journal.*)

SCHMIDT'S JAHRBUCHER.

L'alun, remède efficace dans la blennorrhagie; par W. Friedrich, de Leipzig.

Depuis près de trois ans, M. Friedrich se sert de l'alun dans la période inflammatoire de la blennorrhagie. Il le donne ainsi qu'il suit : *℞. Alum. crud.* ʒ j — ʒ ij; *aq. distill.*. ℥ vj ; *succ. liquir.*, ℥ j. — Une cuillerée à soupe trois fois par jour. — Au bout de quelques jours, la douleur en urinant et les érections nocturnes diminuent; de telle sorte que la période inflammatoire dure rarement au delà de huit à dix jours. Alors, il ajoute à la solution d'alun : *℞. Balsam. copaiv.*, ʒ ß — ʒ j; *pulv. cubeb.*, ℥ j.

Au bout de quatre à six jours, l'écoulement devient moins copieux ou disparaît entièrement. Si cet effet n'est pas produit, on fait prendre 4 cuillerées par jour, en deux fois. On continue cette potion pendant huit jours, soit à la même dose, soit seulement une fois par jour. Le régime est modéré, mais l'on doit s'abstenir de vin et de bière. Si la blennorrhagie ne présente pas un caractère inflammatoire, on peut donner de suite la seconde formule ; souvent alors la maladie disparaît en peu de jours. Jamais l'auteur n'a observé la moindre action fâcheuse sur le tube intestinal; seulement il a cru remarquer quelquefois une diminution dans la quantité des urines. Le docteur Friedrich recommande encore la formule suivante qui lui a été utile dans les blennorrhagies chroniques : *℞. Pulv. cubeb.* ℥ ij; *bals. copaiv., fabæ pechurim.*, ana ℥ ß. *M F. pulv. det. ad oll. S. trois par jour,* 1 *ou* 2 *fortes cuillerées à café.*

Emploi de l'huile de moutarde, par le professeur Wolff, de Berlin.

On emploie cette huile à la dose de 24 gouttes sur 1 once d'alcool, ou de 5 à 6 gouttes sur 1 gros d'huile d'amandes douces ; mais la solution alcoolique est préférable. On s'en sert pour frictions, ou bien on applique des flanelles imbibées de ce liquide, suivant le plus ou moins de sensibilité de la peau. Il en résulte une douleur brûlante, avec rubéfaction de la peau, et quelquefois soulèvement de l'épiderme.

Deux frictions, une le matin et une le soir, suffisent pour les affections chroniques, mais il faut avoir soin de ne pas les faire à la même place. Les frictions peuvent se faire par tout le corps ; les applications de flanelles sont réservées pour les extrémités et pour le tronc.

L'irritation considérable qui suit cette application est recommandée dans les affections chroniques, sans fièvre ; dans les affections fébriles légères, ou dans les fièvres adynamiques. On l'a employée dans les affections subinflammatoires, les affections nerveuses apyrétiques, les rhumatismes subaigus, les rhumatismes chroniques, les maladies des articulations, des aponévroses, des muscles. Ce remède agit comme les vésicatoires, sans en avoir les inconvénients. Il a eu de bons effets dans les névralgies, mais on ne doit s'en servir que lorsqu'on a diminué par des sangsues la violence du mal. Il est utile dans les paralysies qui succèdent à des rhumatismes chroniques. On l'a aussi employé avec succès contre le gonflement des articulations, et dans les fausses ankyloses, suites de rhumatismes.

On a administré l'huile de moutarde à l'intérieur dans les affections muqueuses de l'estomac, à la dose de 2 gouttes dans une potion gommeuse de 6 onces. Cette potion avait un goût très-âcre, mais elle fut suivie de bons effets. Peut-être pourrait-on s'en servir aussi dans l'hydropisie chronique, car on a remarqué qu'elle activait la sécrétion des urines.

Emploi du seigle ergoté dans un cas d'hémorrhagie, par le docteur Schæffer.

Un homme de trente-quatre ans, d'une constitution molle et un peu scrofuleuse, était affecté chaque année, depuis quatre ans, d'hémorrhagies considérables par la bouche. Le sang coulait en abondance de toutes les parties de la cavité buccale, principalement de la partie interne des joues et des lèvres; le malade en perdait jusqu'à 3 ou 4 livres dans les vingt-quatre heures. Il n'existait aucune affection scorbutique; au contraire, les dents étaient blanches, les gencives fermes, seulement un peu pâles. L'hémorrhagie cessait ordinairement le troisième ou le quatrième jour. On employa successivement une foule de médicaments : du petit lait aluminé pour boisson, l'élixir de Haller, la teinture de cannelle, la gomme kino, l'écorce de saule, le quinquina; et extérieurement, des gargarismes astringents, avec l'alun, le sulfate de fer, l'acétate de plomb. Ces remèdes n'amenaient qu'une amélioration momentanée, et le malade dépérissait de plus en plus. Le 24 septembre 1835, le docteur Schæffer fut appelé auprès de cet homme ; il le trouva baigné dans son sang, qui s'écoulait de la bouche, d'une manière non interrompue, depuis trois jours : pâleur cadavérique, épuisement extrême, bruissement et tintement d'oreilles continuels, soif, respiration précipitée, extrémités froides; pouls petit et rapide. Les remèdes ordinaires furent employés, mais sans aucun succès. Alors, le docteur Schæffer prescrivit la formule suivante : *℞. Secal. cornut. sacch. alb.*, chaque ℥ ij. *M. f. pulv. div. in* x *part. æq. D. S. toutes les demi-heures une poudre.* Après la troisième poudre, l'hémorrhagie diminua, et elle cessa tout à fait après la cinquième ; le malade sommeilla un instant. Il prit le reste des poudres, 1 toutes les quatre heures ; on lui donna pour boisson une infusion de cannelle avec de l'élixir acide de Haller. Il se remit peu à peu ; et au mois de juin 1836, il n'avait pas encore eu de rechute.

—

Expériences sur l'action hémostatique de la créosote.

Les docteurs Müller et Reiter ont entrepris une série d'expériences sur les animaux, pour constater la propriété hémostatique de la créosote.

L'hémorrhagie provenant de la section de la veine crurale sur des chiens, s'arrêta par la simple application d'un tampon de coton, imbibé de créosote.

Dans les expériences que l'on fit sur les artères, on fut obligé de les comprimer, afin de donner à la créosote le temps d'agir sur les parois des vaisseaux. On pouvait cesser la compression au bout d'environ dix minutes ; il ne survenait pas d'hémorrhagie. A l'examen de l'artère coupée, on trouvait ce vaisseau entièrement oblitéré, présentant au dehors une dépression ombilicale, en rapport avec un caillot de forme conique ; toutes les tuniques de l'artère étaient enflammées dans l'étendue de 1 ligne. On choisit ordinairement pour ces expériences les artères crurales.

Des expériences comparatives faites avec l'eau de Binelli, firent voir que cette eau était moins efficace que la créosote, car on fut presque toujours obligé d'avoir recours à cette dernière pour arrêter l'hémorrhagie.

Lorsque le sang s'écoule en nappe de la surface d'une grande plaie, l'eau créosotée suffit pour faire cesser cet écoulement.

On a remarqué que la créosote injectée dans les veines produit la coagulation instantanée du sang, et s'oppose ainsi à la sortie de ce liquide : il ne résulte aucun accident de cette injection.

Le professeur Schneider, de Munich, a eu l'occasion d'éprouver ses bons effets sur l'homme. Il fut appelé auprès d'un vieillard de quatre-vingts ans, qui, depuis sept heures, saignait continuellement de la bouche, et qui avait déjà perdu cinq à six livres de sang. Ce liquide sortait des gencives comme des pores d'une éponge, sans qu'il y eut cependant aucune diathèse scorbutique. Un chirurgien avait déjà employé tous les remèdes imaginables. M. Schneider fit remplir la bouche d'eau créosotée ; après la troisième prise l'hémorrhagie s'arrêta pour ne plus reparaître.

Anévrysme du canal thoracique ; par J.-T.-H. Albers, de Bonn.

A l'autopsie d'un homme âgé de cinquante et un ans, mort d'une maladie du foie, le professeur Albers trouva aux environs du plexus solaire, entre plusieurs tumeurs cartilagineuses, un petit sac mou, demi-transparent, à parois fines et bosselées. Il crut d'abord que c'était une hydatide ; mais il vit bientôt que ce sac tenait aux parties voisines par différens rameaux, et qu'il se continuait en haut et en bas par un canal distinct. Ce sac renfermait une lymphe liquide, avec des parties floconneuses ; ses parois étaient lisses, et l'on pénétrait facilement avec une sonde dans le canal supérieur et inférieur. On suivit ce canal vers le haut, et l'on acquit la certitude que c'était le canal thoracique. Les parois de la partie dilatée étaient plus solides que dans le reste de son étendue.

Observation remarquable d'une commotion du cerveau, suivie de réflexions sur les abcès du cerveau en général ; par le docteur Behr, de Bernburg.

M***, chirurgien militaire dans l'armée prussienne, était occupé, pendant la bataille de Lutzen, en 1813, à pratiquer une amputation, lorsqu'un boulet de canon qui avait renversé plusieurs soldats devant lui, l'atteignit à l'occiput ; il se trouvait dans ce moment, un genou en terre, à une distance de quatre à six pas du front du bataillon ; il tomba à la renverse sur le côté droit et resta sans connaissance pendant quinze minutes. Quelques instants après, le régiment ayant été obligé de faire une retraite précipitée, le mouvement qui se fit autour de lui, le réveilla comme en sursaut ; il se releva subitement, ne ressentant qu'une douleur sourde à la tête, sans aucune trace de blessure. A la première halte, à peu près une demi heure après l'accident, M*** put avec succès amputer le bras à un sous-officier. Mais, le lendemain, il fut frappé d'une cécité complète, au point de ne pouvoir distinguer la plus vive clarté ; du reste, il n'accusait aucun autre symptôme. M. Crantz, chirurgien en chef, examina le malade, et ne trouva pas la moindre lésion ni des tégumens, ni des os ; il déclara la vue abolie pour toujours, et fit dépendre cette lésion d'une affection de l'organe cérébral même. Cependant au bout de six jours d'une obscurité absolue, M*** put de nouveau voir, d'abord avec peine, il est vrai, et seulement par intervalles ; mais peu à peu la vue se rétablit assez bien pour que M*** put reprendre ses occupations ; il conserva néanmoins une impossibilité de lire à la lumière d'une bougie.

L'opinion de tous les chirurgiens fut que M*** avait été frappé par le vent du boulet ; outre cette faiblesse de la vue, ce malade avait gardé une douleur presque permanente, occupant, au pariétal droit, l'étendue d'une pièce de 6 livres.

Trois ans plus tard (1816), cette douleur s'étendit à l'oreille droite et le malade éprouva dans cette région comme la sensation d'un abcès près de s'ouvrir. Peu à peu cette même douleur s'irradia à tout le côté droit de la face ; tout le corps du même côté fut en même temps pris de tremblement et de spasmes cloniques ; peu après il survint un coryza très-intense, s'accompagnant d'un sentiment de pression et de pesanteur dans les sinus frontaux ; la douleur frontale s'accrut, et après des efforts répétés du malade pour se moucher, il sortit de la narine droite plusieurs cuillerées à café d'un pus épais et sanguinolent, pendant plusieurs jours. Après l'évacuation de ce pus, le malade, ayant inspiré par le nez, sentit comme de l'air monter jusqu'à l'endroit douloureux de la tête et y occasionner une sensation très-désagréable, qui fut de courte durée et disparut complétement. Les accidens spasmodiques et la douleur de tête qui avaient duré si longtemps, se perdirent après la cessation de l'écoulement purulent par le nez. Cependant cet écoulement se reproduisit pendant un certain nombre d'années, à des intervalles de six, huit à douze semaines, précédé chaque fois des mêmes phénomènes morbides que nous avons décrits, à l'exception de la douleur de l'oreille, phénomènes qui cessaient ensuite après l'entière évacuation du pus.

Dans l'année 1820, M*** s'aperçut d'une dépression osseuse au côté gauche de l'occiput, de la même

étendue que celle occupée par la douleur au pariétal droit.

M*** eut, en 1831, presque régulièrement tous les matins, à sept heures, un accès d'épilepsie qui durait un quart-d'heure. Il se mit à l'usage d'une eau laxative et de bains frais, et s'en trouva bien; l'abdomen qui était souvent tendu devint plus libre, et le malade fut moins sujet à des congestions sanguines vers la tête, qui venaient assez souvent dans l'après-midi; il fut délivré aussi de symptômes hémorrhoïdaires qui s'étaient montrés dans les derniers temps; enfin les accès épileptiques diminuèrent également de fréquence et d'intensité.

Mais au bout de deux ans, l'écoulement nasal purulent, qui avait été supprimé, s'étant reproduit plus fort et plus persistant qu'auparavant, en s'accompagnant des symptômes d'un violent coryza, les attaques épileptiques se renouvelèrent.

Après la cessation du pus, tous les symptômes et la douleur de tête restèrent supprimés pendant un an, lorsque le malade fut de nouveau pris d'accidens nerveux, qu'il décrit de la manière suivante : « J'éprouvais, comme la sensation d'un lien serré fortement autour de la tête, puis le spasme descendait subitement de la nuque jusqu'au sacrum, et il se faisait dans le canal un mouvement de fluctuation de bas en haut, comme s'il y avait eu de l'eau. »

En 1834, ces accès prirent une autre forme; presque toutes les nuits, vers trois heures du matin, la cuisse droite du malade était prise de crampes qui s'irradiaient avec la rapidité de l'éclair jusqu'aux orteils. La jambe devenait toute raide, et le mollet était comme effacé. On ne parvenait à faire disparaître cet état spasmodique que par de fortes frictions; la scène finissait par une sueur abondante et froide, mais il n'était pas rare qu'elle se renouvelât au bout de quelques heures. Ces accès étaient toujours suivis d'un état d'abattement et de faiblesse, qui rendait le malade incapable de s'occuper pendant toute la matinée. Dans la journée, une contrariété, une frayeur pouvait provoquer ce même spasme, qui attaquait alors le bras droit; l'accès durait moins longtemps, mais le bras restait encore pendant quelques heures hors d'état de se mouvoir.

Depuis une année, la vue de M*** qui avait repris, après son accident, une certaine force, a commencé à faiblir d'abord à l'œil droit, puis au gauche; de manière que, même à l'aide de lunettes, il ne peut voir les objets qu'à une distance rapprochée.

M. le docteur Behr, qui a souvent occasion de voir le malade, décrit ainsi son état actuel :

M*** est d'une constitution forte; il souffre de fréquentes congestions vers le cerveau, qui paraissent affecter un certain type de quatre à six semaines; ses yeux paraissent moins saillans que d'ordinaire; il existe aussi une diminution dans la mobilité de la pupille qui n'est point remarquablement dilatée; l'iris est d'un gris pâle; il existe au tiers supérieur de la suture lambdoïde, du côté gauche, une dépression osseuse de la grandeur d'un écu de Prusse; on ne remarque aucune cicatrice au cuir chevelu, qui est cependant moins couvert de cheveux en cet endroit; la dépression va en augmentant des bords vers le centre d'un quart de ligne à trois lignes; l'enfoncement le plus marqué est vers l'angle de la suture; il est grand comme une pièce de 10 sous, et paraît formé par un os wormien déprimé. Une pression exercée sur cet endroit ou sur toute autre région de la tête n'occasionne pas la moindre incommodité.

Au coté opposé où existe la douleur, toutes les parties sont à l'état normal; ici encore cette dernière n'est ni provoquée, quand elle sommeille, ni augmentée, quand elle existe, par une pression extérieure.

M*** fait constamment usage de bains, et prend journellement avec assez d'avantage une solution de sel de Glauber. A part les accès de crampes qui le prennent la nuit, et que nous avons décrits, il se trouve bien, et peut, dans les moments libres, se livrer au travail de bureau.

Cette observation nous a paru intéressante sous plus d'un rapport.

Et d'abord elle nous fait voir que ce qui avait été attribué par les premiers chirurgiens qui virent le malade, au soi-disant vent du boulet, a été l'effet d'une véritable contusion produite par le projectile qui est venu frapper obliquement le côté occipital gauche de la tête. Ce serait donc un nouvel argument, s'il en était besoin, contre la théorie des plaies ou contusions causées par la pression de l'air atmosphérique, théorie qui a été reproduite dans ces derniers temps par Rust et Busch (1), qui expliquent ce genre d'accident non plus par la pression de l'air, mais, au contraire, par le vide qui se formerait au moment du passage d'un projectile de gros calibre; il se manifesterait, dans les parties placées dans ce vide instantané, une turgescence qui se ferait de dedans en dehors; mais cette explication est évidemment contraire aux lois de la physique (2).

Nous avons ensuite à examiner la série des phénomènes extrêmement curieux, et la manière non moins remarquable dont ils se sont succédés.

Le premier effet fut une commotion assez forte pour priver entièrement de connaissance le malade; mais ce premier effet disparut au bout de quinze minutes, sans laisser aucune trace, puisque M*** put, le jour même, pratiquer encore une opération grave avec un plein succès. Ce fait prouve que les phénomènes, consécutifs à la commotion, soit ceux d'épanchement ou de compression, peuvent survenir assez longtemps après que la cause qui les a provoquées, a cessé d'agir; les exemples de ce genre ne sont d'ailleurs pas rares. La cessation des symptômes de la commotion fut produite par le mouvement extraordinaire qui se fit autour du blessé par la retraite précipitée du régiment dont il était chirurgien. C'était là une sorte d'excitation produite par une cause morale, analogue à l'action des stimulants thérapeutiques, qui, comme le démontre de nouveau ce cas, sont toujours indiqués dans les premiers moments d'une commotion franche, sans épanchement ni compression.

La cécité, qui survint le lendemain, nous indique qu'il se forma peu à peu un épanchement de lymphe ou de sang provenant de la déchirure de quelques vaisseaux, qui se fit sur les couches optiques.

Abercrombie rapporte un cas à peu près analogue. Un officier, après une violente céphalalgie devint aveugle, et mourut au bout de deux ans dans un état comateux; à l'autopsie on trouva une tumeur du volume

---

(1) *Rust's Magazin;* B. VII, H 3, S. 344; und B. X, H. 3, S. 372.

(2) Chelius, *Handbuch der Chirurgie.* Stuttgart, 1829; B. I, S. 176.

d'un œuf de poule, interposée entre les nerfs optiques qui se trouvaient ainsi écartés (1).

Dans notre observation, l'épanchement fut résorbé en partie; et c'est probablement à cette circonstance que le malade dut le recouvrement de sa vue; ce qui resta de l'épanchement s'entoura d'un kyste qui demeura stationnaire pendant trois ans, durant lesquels la douleur pariétale droite ne fit aucun progrès.

Ce n'est qu'en 1816, soit qu'à cette époque les congestions vers la tête fussent devenues plus fréquentes, soit que la matière contenue dans le kyste se fût ramollie, et épanchée au dehors, ou par ces deux causes réunies, que la douleur augmenta, se propagea; de nouveaux symptômes survinrent, de très-remarquables surtout du côté de l'oreille droite et du nez; ces derniers étaient dus évidemment aux efforts de la nature qui cherchait à éliminer le corps étranger; le pus chercha d'abord à se frayer un passage par l'oreille. Abercrombie rappelle plusieurs cas desquels il résulte que, lorsqu'il se fait ainsi à l'extérieur un écoulement de la matière purulente épanchée, soit à la surface, soit dans la substance même du cerveau, la maladie peut durer très-longtemps avant de devenir mortelle, et même quelquefois se terminer par la guérison. Dans l'observation présente, le pus n'ayant pu sortir par l'oreille, vint, ce qui est beaucoup plus rare, se faire jour par les narines. On trouve des exemples de faits analogues dans Bartholin (2), Marchetti, disciple de Fabrice d'Aquapendente, Morgagni (3), et autres.

Un fait extrêmement curieux, rapporté par Ambroise Paré (4), nous semble devoir être rapporté ici.

Un enfant tomba sur un parquet dallé, la tête en avant. Il perdit aussitôt connaissance; il survint de la fièvre, du délire et d'autres symptômes des plus alarmants. Le septième jour, après une sueur profuse, l'enfant fut pris de violents efforts d'éternument, par lesquels il rendit une grande quantité de pus par la bouche, le nez et les oreilles, et guérit peu de temps après.

Un phénomène tout à fait semblable s'observe parfois dans l'hydrocéphale, et Gœlis (5) regarde comme d'un augure favorable, le suintiment d'un liquide séreux par les narines.

Storch a vu ainsi un individu, atteint d'une hydropisie chronique des ventricules du cerveau, rendre dans une nuit plus d'une livre de sérosité par le nez, et se remettre pour quelque temps; la maladie s'étant malheureusement reproduite, il y succomba.

L'évacuation du pus par les orbites est encore plus rare que son écoulement par les narines, cependant on en trouve un exemple rapporté dans Borsieri (6).

D'après la nature des symptômes et la durée de la maladie, on peut admettre qu'il existait un abcès circonscrit, enkysté, qui avait son siége dans le ventricule droit. En effet, la longue durée de cette affection et l'écoulement d'une quantité presque toujours égale de pus à des époques à peu près régulières, militent en faveur d'un abcès enkysté. Si la suppuration avait été diffuse, si elle avait envahi une grande partie du cerveau, l'écoulement purulent aurait eu lieu en plus grande abondance, et il ne se serait probablement point reproduit à des reprises différentes. La sortie du pus par la narine droite prouve que l'abcès avait son siége dans le ventricule du même côté.

Il est à remarquer que les accidents épileptiques qui se localisèrent de plus en plus, en se bornant en dernier lieu au côté droit du corps, ne se manifestèrent que dix-huit ans après le coup : les faits semblables sont assez rares; ce qui l'est également, c'est la manifestation des accidents nerveux, au côté droit du corps, à la suite d'un épanchement purulent du même côté du cerveau. Forestus (1) rapporte un cas analogue; l'abcès était du côté droit, et presque tout le même côté du corps était paralysé.

On voit encore par cette observation combien il faut être réservé dans l'emploi du trépan, même quand il existe des signes d'épanchement. On aurait certainement été conduit à trépaner ici du côté où le malade avait été frappé, et cependant l'épanchement était du côté opposé. Combien n'existe-t-il pas de faits analogues qui sont autant d'avertissements pour les chirurgiens qui veulent appliquer le trépan dans tous les cas où il y a compression.

Il ne se trouve peut-être aucun exemple d'une tumeur qui ait séjourné aussi longtemps dans la substance cérébrale, sans compromettre à la fin les jours du malade.

Les docteurs Beilby et Blanc parlent, le premier, d'un abcès qui a existé pendant dix ans neuf mois; le second, d'un autre qui a duré quatorze ans; c'est la durée la plus longue que l'on connaisse jusqu'à présent (2). Chez notre malade, l'abcès s'est développé il y a vingt-trois ans, et sa santé est aujourd'hui telle, qu'il peut raisonnablement espérer de vivre encore longtemps. Nul doute que l'évacuation, en quelque sorte périodique, du pus par le nez, n'ait puisamment contribué à prolonger son existence.

Le long intervalle entre chaque apparition des phénomènes morbides, malgré la porsistance du désordre local du cerveau, à dû frapper l'observateur. Cependant ce cas est loin d'être isolé dans la science. Abercrombie dit : Dans toutes les formes de la maladie, les symptômes peuvent cesser d'une manière remarquable, de telle sorte que le malade et ses amis se font souvent illusion, et croient qu'il n'existe point de désordre permanent dans le cerveau. Nasse fait la même observation. Sans chercher à expliquer en général ce phénomène, qui peut jeter quelque jour sur la nature de l'intermittence et la périodicité des maladies, nous croyons que, dans le cas qui nous a occupé, la réapparition des symptômes était en rapport avec la formation nouvelle du pus dans l'intérieur du kyste; car, ainsi que nous avons pu le voir, tous ces symptômes diminuaient ou cessaient entièrement, dès que la matière enkystée s'était fait jour par les narines.

(*Archives médicales de Strasbourg*, n° 19)

---

(1) *Des Maladies de l'encéphale*, etc.; traduit de l'anglais par M. le docteur Gendrin. Paris, 1829; p. 473.
(2) *Hist. anat. rar.;* cent. II, 41, et cent. VI, 13.
(3) *De Morb. capit.*, epist. VI, art. 5.
(4) *OEuvres d'Ambroise Paré;* l. X, c. 23.
(5) *Vom innern chronischen Wasserkopfe;* s. 90.
(6) Vol. III, cap. I, § 9.

(1) *Observat.;* lib X, obs. 11, t. I. 414.
(2) Abercrombie, *des Maladies de l'encéphale*, etc.

Forme la plus convenable pour administrer le fer à l'intérieur; par MEURER, de Dresde.

R. Ferr. sulph. crist., ʒ s. ;
Sacch. alb., ʒ j s.
M. f. pulv. div. in xij part. æq.;
D. S. nº 1.
R. Natri carbon. acidul., ʒ s.;
Sacch. alb., ʒ j s.
M. f. pulv. div. in xij part. æq.;
D. S. nº 2.

On fait dissoudre, à part, chaque paquet dans une cuillerée d'eau, puis l'on mêle et l'on boit pendant l'effervescence. On prend ainsi chaque fois 1 grain de sous-carbonate de fer dissous dans de l'eau gazeuse, avec un peu de sulfate et de carbonate de soude. C'est à dessein que l'on met un excès de carbonate de soude, afin que le fer devienne plus assimilable.

De la meilleure manière d'administrer le sublimé sous forme pilulaire; par F. MARTENS, de Leipzig.

Meurer avait conseillé, en 1826, d'unir au sublimé, préalablement dissous dans l'éther, de la poudre et du suc de réglisse; de cette manière le sublimé était moins décomposé que dans les pilules de Hufeland ou de Dzondi. Cependant Simon fit voir, il y a peu de temps, que la décoction de guimauve, le mucilage de gomme arabique et le sucre, décomposent encore moins le sublimé que la solution d'extrait de réglisse. L'auteur, après plusieurs essais, trouva que la formule suivante était celle dans laquelle le sublimé se décomposait le moins, c'est cette formule qu'il recommande comme la meilleure :

R. Merc. sublim. c., gr. iij;
Solv. in æther. vitrioli, ℈ j;
Solutis add.
Rad. althææ pulv., ℈ j;
Tere usq. ad siccit.; terendo admisce
Sacch. albiss. pulv., ʒ s.;
Gummi mimosæ, ℈ s.
F. c. suff. quant. aq. distill. mass.

Cette formule est en effet très-convenable; mais on pourrait, ce nous semble, la simplifier en supprimant la gomme et même le sucre, afin de mettre, en présence du sublimé, le moins de substances décomposantes possible.

Du meilleur mode d'administration de la térébenthine.

Les personnes auxquelles l'odeur ou le goût de la térébenthine étaient désagréables, ou dont l'estomac ne pouvait la supporter, se sont bien trouvées de la mixture suivante :

R. Ol. terebenth., ʒ j s. — ʒ ij;
Magnes. carbon., ʒ j;
Tere et adde
Aq. menth. sativ., ℥ v;
Syr. limon.; Spir. lavend. comp. ana, ʒ ij;
M. div. in haust., iv.
S. une dose trois fois par jour.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Traité de diagnostic et de séméiologie; par M. Piorry, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc.; tome premier, Bruxelles, établissement Encyclographique 1837. pages.

Le diagnostic en médecine a fait tant de progrès depuis un quart de siècle, qu'il est facile de concevoir l'importance qu'il a acquise, la prédominance qu'il exerce réellement sur les autres parties des études médicales, et le culte presque exclusif que lui ont voué la plupart des hommes progressifs de notre époque. Bien que nous n'admettions pas avec quelques-uns de ces derniers que la médecine tout entière soit dans le diagnostic, et que le médecin doive regarder la partie la plus importante de sa tâche comme remplie, lorsqu'il est arrivé à pouvoir indiquer le nom de la maladie et apprécier les limites dans lesquelles elle est circonscrite, cependant nous applaudissons à tous les progrès de cette branche des sciences médicales, à laquelle nous espérons qu'un enseignement spécial ne tardera pas à être accordé dans nos écoles, et nous voyons avec plaisir l'un de ceux qui s'en sont le plus occupés et avec le plus de succès, nous exposer, dans un ouvrage spécial, l'état actuel de la science.

Le *Traité de diagnostic et de séméiologie* doit comprendre deux et probablement trois volumes. Le premier, que nous avons en ce moment devant nous, comprend les maladies des organes de la circulation et celles de l'appareil respiratoire. Si nous en croyons le prospectus mis en tête de l'ouvrage, le second volume renfermera le diagnostic des maladies de l'abdomen, et probablement un troisième terminera le *Traité du diagnostic*. Nous regrettons de ne point trouver indiqué ici le plan que l'auteur se propose de suivre dans tout son ouvrage, car il est quelques parties qui, suivant le point de vue sous lequel on les considère, offrent des différences notables et peuvent être placées dans des divisions tout à fait opposées. Ainsi nous ne sommes point étonnés de trouver dans le premier volume et à la suite des altérations des organes circulatoires, les altérations du sang. Cependant si nous avions connu le plan qu'adoptera l'auteur dans l'exposition des autres parties de son sujet, peut-être aurions-nous discuté l'opportunité du lieu où cette question importante est traitée; au reste, quelle que soit la cause qui ait empêché l'auteur de nous faire connaître le plan de son ouvrage entier, soit un simple oubli, soit le dessein de mettre les critiques dans l'embarras, nous voulons, pour notre part, n'y rien perdre; mais, prenant nos réserves et laissant l'examen du plan de l'ouvrage pour l'époque où il sera complet, nous passons immédiatement à celui de la partie qui nous est offerte en ce moment.

Une portion assez considérable du premier volume est consacrée à l'exposé de quelques considérations générales sur le diagnostic et la séméiologie, et sur lesquelles nous ne nous arrêterons quelques instants que pour signaler les points principaux qui se rattachent aux questions le plus habituellement agitées aujourd'hui.

Nous voyons presque dès les premières pages que M. Piorry n'est pas l'un des partisans outrés de ce que l'on appelle aujourd'hui la méthode numérique. Le passage suivant fera connaître jusqu'à quel point il paraît que l'on peut appliquer la statistique à la médecine. « Tout en adoptant la méthode numérique, quand il s'agit d'éclairer un point obscur de la science ou du diagnostic, avouons qu'en arrivant au lit du malade, ce ne sont pas les chiffres établis sur les cas passés qui guident le praticien. Ou celui-ci aurait un esprit bien rétréci, ou il s'en rapporterait plutôt à l'examen de l'état actuel des organes et des fonctions qu'à la méthode arithmétique. Je me croirais malheureux si, appelant un médecin pour me guérir, je le voyais compter sérieusement les cas où il aurait employé avec succès tel médicament dans la maladie dont il me croirait atteint, et ceux où il les aurait mis en usage avec désavantage; je craindrais toujours de me trouver dans le nombre de ces derniers, quelque faible qu'il fut; et je ne pourrais donner ma confiance qu'à celui qui, interrogeant l'organisme avec soin, chercherait, par l'examen réfléchi des symptômes à s'élever jusqu'à la méthode thérapeutique qu'il croirait la meilleure. » L'opinion exprimée ici par M. Piorry dont les recherches ont toujours eu pour but quelque chose de positif, de matériel, si on le veut, et qui les a rarement étendues aux questions abstraites de la science, nous paraît de quelque valeur.

Ce n'est pas cependant, comme on pourrait l'induire des dernières paroles que nous avons citées, que l'auteur passe toujours immédiatement de l'examen des symptômes à l'application des moyens thérapeutiques; et se borne à ce qu'on appelle la médecine des symptômes; il pense qu'il est important de préciser, autant que possible, la nature intime des maladies. Peut-être trouverions-nous toutefois qu'il donne trop peu d'importance aux recherches sur les lois de l'organisation et des causes qui déterminent les lésions organiques, si, dans un ouvrage spécialement destiné aux élèves, il ne devrait pas les détourner de ces systèmes hypothétiques, où l'on croit pouvoir remplacer l'étude des faits par quelques principes dont on ne prend même pas la peine de donner la démonstration. Il est utile de détourner de cette voie, souvent funeste, les jeunes gens qui y sont trop souvent appelés par le désir d'éviter des études fastidieuses, ou par l'élan de leur imagination; mais, on est obligé de le reconnaître, les phénomènes morbides ne sont le plus souvent que des effets, et c'est dans la connaissance des causes qui les ont produits, qu'elles soient générales ou locales, qu'elles dépendent de l'action subite des modificateurs externes ou de leur action lente et combinée avec les mouvements propres à l'organisme, que le médecin doit placer la partie la plus importante de son art, celle qui lui ouvrira la voie des indications et le dirigera dans le choix du traitement à employer.

L'exploration des organes chargés de la circulation a reçu des nombreuses améliorations depuis quelques années; et il est impossible de porter un diagnostic exact

sur une maladie du cœur si l'on n'a employé les différents moyens d'exploration connus aujourd'hui, et qui sont décrits avec les plus amples détails dans le premier chapitre : l'inspection de la région du cœur, la palpation ou le toucher, la percussion médiate et immédiate, l'auscultation médiate, immédiate et à distance, l'étude des bruits normaux et anormaux du cœur, de son rhythme et des signes fonctionnels ou physiologiques offerts par cet organe fournissent à l'auteur l'occasion de soulever un grand nombre de questions qui, sans être toutes nouvelles, n'en offrent pas moins d'intérêt. Il est cependant pénible d'être obligé de reconnaître que chaque nouvelle expérience sur les bruits du cœur, au lieu de simplifier la science, ne fait que la compliquer et augmenter le nombre déjà si considérable des opinions émises sur ce point scientifique. Aussi nous nous donnerons de garde de rappeler ici ces théories variées dont M. Piorry a dû nécessairement faire mention dans son travail ; nous nous bornerons à dire qu'il attribue la plus grande influence sur la production des bruits normaux du cœur au passage du sang dans cet organe, au frottement que détermine la colonne de sang contre ces parois, ou à celui qui a lieu entre les molécules de ce fluide. Il pense que le rôle des valvules dans ces phénomènes ne diffère de celui qu'y jouent les autres parties qu'en ce qu'à cause de la saillie qu'elles font, leur influence sur la production des bruits peut être un peu plus marquée. Le bruit sourd s'entend à coup sûr pendant la systole du ventricule gauche ; mais il pense qu'il y a encore bien des recherches à faire sur l'origine du bruit clair, qu'il paraît cependant disposé à attribuer au passage du sang dans les cavités droites, car c'est surtout à droite qu'on l'entend.

Après autant d'incertitudes sur le mode de production des divers bruits du cœur, normaux et anormaux, il est facile de concevoir toute la difficulté que l'on doit éprouver à baser le diagnostic des affections de cet organe sur leurs différentes modifications, et nous en trouvons la preuve à l'article *Diagnostic spécial et comparatif des affections du cœur*. Ainsi pour *l'endocardite*, dont on parle tant aujourd'hui. M. Piorry pense que tant qu'il n'y a pas de signes évidents de rétrécissement des orifices, on peut tout au plus supposer l'existence de cette phlegmasie. Quant aux rétrécissements eux-mêmes, ils ne sont pas toujours aussi faciles à reconnaître qu'on le dit chaque jour ; car les symptômes qu'on leur attribue ne se rencontrent pas dans tous les cas de rétrécissement, et s'observent aussi dans d'autres cas où cette altération n'existe pas. D'ailleurs, des bruits anormaux, dit l'auteur, quels qu'ils soient, n'indiquent point qu'il y ait endocardite : ils peuvent, tout au plus, apprendre qu'il y a un rétrécissement récent survenu dans les orifices du cœur.

L'incertitude est bien plus grande encore quand il s'agit de déterminer exactement le siége du rétrécissement. Les praticiens, dit l'auteur, doivent se décourager en lisant ce qui a été publié le plus récemment sur cette question qui a donné lieu à un si grand nombre de recherches. Toutefois, il semble disposé à croire que le côté du cœur où les bruits sont le plus marqués est aussi celui où, en général, existent les rétrécissements, et, comme Laënnec, il pense que quand le souffle correspond au temps du premier bruit, le siége de la coarctation est à l'orifice artériel, et à l'orifice auriculo-ventriculaire quand il est en rapport avec le second. Mais combien la plupart de ces distinctions sont difficiles à établir au lit du malade.

Toutes les questions cependant qui se rattachent aux maladies du cœur n'offrent pas la même incertitude, et nous citerons entre autres la dilatation (cardiectasie), au diagnostic de laquelle la percussion médiate entre les mains de M. Piorry a fait faire des progrès réels. Nous voudrions résumer ce qu'il dit de l'exactitude des résultats fournis ici par la percussion médiate et de l'influence de la saignée ; mais c'est dans l'ouvrage lui-même qu'on doit lire ces recherches importantes qui demandent, nous devons le dire, une grande habitude et des sens extrêmement exercés. Aussi nous ne pouvons qu'applaudir aux efforts de l'auteur pour faire sentir toute l'importance de la percussion médiate et sa supériorité sur la percussion immédiate ; et nous pensons, comme lui, que, dans quelque cas où ce mode d'exploration absolument nécessaire ne peut être pratiqué sans danger, ou sans une difficulté extrême, on ne peut l'entourer de trop de précautions ; ainsi, bien qu'on puisse souvent pratiquer avec aisance la percussion sur un doigt de la main gauche, cependant nous préférons aussi, nous, la plaque d'ivoire à rebords saillants, avec laquelle un choc très-faible suffit. M. Piorry pense qu'on pourrait, même dans les cas d'anévrisme de l'aorte, la recouvrir d'une couche légère de gomme élastique pour mieux absorber le mouvement.

M. Piorry a cherché à constater la dilatation de l'aorte par la percussion exercée à la partie inférieure du col, entre les deux attaches inférieures des sterno-mastoïdiens ; mais il n'a pas obtenu de résultats ; il n'en a pas été de même de la palpation : car il dit avoir pu sentir l'aorte dilatée en portant un doigt profondément dans la poitrine par l'espace qui se trouve dans le point déjà indiqué. Il affirme même que, dans certains cas, il est aussi facile de palper l'aorte dans le thorax que la radiale au poignet. « Il suffit, dit-il, de faire pancher la tête en avant, de placer les muscles, qui viennent d'être nommés, dans le relâchement et de les écarter l'un de l'autre pour pouvoir porter le doigt très-profondément, et pour arriver jusqu'à l'aorte alors qu'elle est très-volumineuse. On peut même faire éloigner davantage les sterno-mastoïdiens par des aides, et introduire deux ou trois doigts jusque sur divers points de l'étendue de la crosse de l'aorte. »

Nous ne sommes pas plus avancés sur l'origine ou le mode de production des bruits produits dans l'aorte et les artères que sur les bruits du cœur. L'auteur cherche bien à nous donner les causes anatomiques du bruit de râle et des sons musicaux des artères ; mais ses explications ne nous satisfont que très-incomplétement. La question en est encore à peu près où l'avait laissée Laënnec, qui, en attribuant ces bruits à un état nerveux, voulait surtout exprimer qu'ils ne dépendaient pas d'une lésion organique durable, mais n'a jamais voulu dire qu'elles existassent sans une cause physique, pas plus qu'aucun partisan des fièvres essentielles n'a jamais prétendu que ces fièvres existassent sans altération fonctionnelle ou organique.

Après une assez longue dissertation sur le pouls considéré sous le rapport du diagnostic et du pronostic, et dans laquelle on n'a pas tenu assez compte, nous pensons, de l'influence du moral et de l'état des forces, ainsi que de l'irritabilité du sujet, l'auteur passe aux maladies des veines et des vaisseaux capillaires. Nous remarquons dans ce travail un tableau de cent obser-

vations, prises au hasard, dressé dans l'intention de déterminer le degré de valeur significative de l'examen du pouls pour le diagnostic de ces maladies, et d'où l'auteur conclut qu'il n'est peut-être pas de phénomène fonctionnel qui donne des notions plus vagues sur les états organiques existans.

Avant d'arriver au diagnostic des altérations du sang, l'auteur nous fait faire l'exploration du sang et parle successivement de l'inspection du jet de ce fluide, de sa coloration, de sa coagulation, de la couenne inflammatoire, et de la couenne granuleuse, et de tous les autres modes d'examiner ce fluide. Malgré l'intérêt que nous prenons à toutes les recherches faites sur ce sujet, nous ne trouvons ici rien à noter. Le lecteur connaît les opinions de M. Piorry sur les granulations, qu'il dit avoir observées dans la couenne du sang des sujets affectés de suppuration abondante et qu'il considère comme le signe de l'inflammation du sang, et les recherches de M. Donné sur la présence du pus dans le sang, qui sont rapportées avec tous les détails nécessaires; peut-être pourrait-on désirer sur quelques autres points de plus amples développements que ceux qui leur ont été accordés par l'auteur; ainsi sur la cause de la coloration noire du sang veineux; sur la présence d'une matière grasse dans le sérum du sang de quelques sujets et qui n'a pas été signalée seulement par M. Gendrin, comme on serait tenté de le croire, d'après les expressions employées; sur la présence de l'urée dans le sang des sujets affectés de la maladie des reins connue sous le nom de maladie de Bright, sur l'influence d'un sang pauvre et décoloré dans la production de quelques hydropisies, etc. Mais ces omissions dans l'état actuel de nos connaissances sur ces divers points qui laissent tant à désirer, sont peu importantes dans un ouvrage destiné à ne présenter que la partie la plus positive de la science. Il en résulte cependant que le tableau des altérations du sang donné par M. Piorry n'est pas aussi complet qu'il semblerait devoir l'être, ainsi qu'on va le voir par l'énoncé des altérations dont il expose le diagnostic. 1° Pléthore sanguine (polyhyperhémie); 2° anémie par défaut de sang (polyanhémie), et par l'augmentation dans les proportions relatives de la sérosité du sang (hydrohémie); 3° perte de la sérosité du sang (anhydrohémie); 4° inflammation du sang (hémite); 5° présence du pus dans le sang (pyohémie); 6° asphyxie (anhématosie); 7° empoisonnement du sang (toxicohémie); 8° action des substances putrides sur le sang (typohémie); 9° altération du sang par la bile (cholihémie). Nous ne pouvons nous arrêter ici sur chacun de ces sujets différens, sur lesquels, au reste, nous espérons revenir, à l'occasion du traité de médecine pratique dont la publication avance, et où ils devront être traités avec tous les développements indispensables.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans l'exploration des voies aériennes et dans le diagnostic des affections dont elles sont le siége; nous y trouverions à la fois et une critique judicieuse des expériences et des théories avancées le plus récemment pour l'explication des phénomènes observés dans cet appareil, et la certitude que l'on a le droit d'attendre dans cette partie du diagnostic où Laennec avait laissé si peu à faire après lui; mais les extraits que nous avons donnés de quelques parties de ce volume, l'analyse que nous avons faite de quelques autres, suffiront pour faire connaître l'importance des travaux qui y sont contenus et la manière, souvent heureuse, presque toujours originale, dont l'auteur considère les divers sujets dont il s'occupe.

Nous avons signalé quelques-uns des points qui demanderaient plus de développements ou dont la solution diffère de celle que nous aurions donnée nous-même; il nous reste à présenter quelques réflexions générales sur le volume que nous avons en main. On éprouve, en le parcourant, une difficulté qui approche quelquefois de la fatigue, et que, cependant, on ne peut attribuer à l'obscurité du texte; mais les noms appartenant à la classification nouvelle qui se trouvent toujours en avant et en italique, sont, nous pensons, la cause de cet embarras, auquel il aurait été facile de remédier en mettant en avant les noms ordinairement employés ou les périphrases qui indiquent le sujet, et plaçant ensuite et entre parenthèse les dénominations propres à la nouvelle classification. Ce n'est pas en quelques mois qu'on peut espérer d'introduire une nouvelle classification, surtout lorsqu'elle n'est point encore complète, et que le premier ouvrage où elle a été appliquée n'est pas encore achevé.

Peut-être reprocherait-on à l'auteur d'avoir trop limité le nombre des travaux qu'il cite, et de ne pas toujours tenir compte de ceux qui ont été faits à l'étranger. La science est aujourd'hui plus éparpillée qu'on ne le croit communément, et, si on excepte un petit nombre de spécialités, on ne peut la circonscrire même dans un petit groupe d'hommes, quelque puissante que soit leur voix auprès des écoles ou des organes de la presse médicale. Au reste, nous devons ajouter que quand l'auteur combat l'opinion de quelques contemporains, ou réclame quelque priorité, il le fait ordinairement en termes convenables et où les adversaires les plus irritables chercheraient en vain un motif de récrimination. Nous terminerons en exprimant le désir de voir promptement achevé le traité de diagnostic et de lui voir obtenir la vaste circulation à laquelle des travaux à la fois si consciencieux et si ingénieux de son auteur lui donnent le droit de prétendre.

(*Gazette médicale.*)

Histoire des maladies observées à la grande armée française, pendant les campagnes de Russie en 1812 et d'Allemagne en 1813; par le chevalier J.-R.-L. Kerckhove, dit de Kirckhoff, ancien médecin en chef des hôpitaux militaires, etc. Troisième édition. Anvers, 1836.

Si nous annonçons rarement des ouvrages qui aient dépassé la première édition, c'est que la plupart de ceux qui sont publiés chaque jour, quelle que soit du reste leur valeur intrinsèque, ne répondent qu'à un besoin passager, n'inspirent qu'un faible intérêt, ou n'ont de valeur que dans l'imagination de leurs auteurs. Tel n'est pas l'ouvrage du chevalier de Kirckhoff, qui nous offre un double motif d'intérêt. Bien des années déjà se sont écoulées depuis les désastres dont nous retrouvons ici l'histoire; bien des fois nous avons parcouru les douloureux détails de cette horrible catastrophe, et pourtant à peine avons-nous lu quelques lignes de la première partie de cet ouvrage qui contient l'historique des événements qui se sont succédé avec tant de rapidité en 1812 et 1813, que nous ne pouvons plus quitter le livre qu'après avoir suivi avec l'auteur la rentrée en

France de nos armées démoralisées et traînant après elles le typhus, ce fléau qui répandit partout l'épouvante et la dévastation.

L'auteur a pris part à cette lutte de triste souvenir dans laquelle les Français avaient non-seulement à combattre des hommes qui défendaient leurs foyers, mais encore à se défendre de deux ennemis bien plus redoutables, le froid et la faim. L'historique qu'il a tracé de la retraite de Russie est plein de détails que l'habitude d'observer et de compâtir aux souffrances des malheureux avait pu seule lui fournir, et qu'on chercherait en vain dans la plupart des autres relations. Cette première partie n'occupe pas moins de 200 pages.

Dans la seconde partie, qui est entièrement médicale, l'auteur passe en revue toutes les maladies qu'il a observées pendant ces temps de désastres, et indique les modifications qu'elles ont éprouvées des circonstances extraordinaires où se trouvaient les soldats qui en étaient atteints. Nous avons lu avec intérêt surtout l'article *typhus*, qui contient des données importantes.

L'ouvrage du docteur de Kirckhoff doit donc fixer l'attention sous un double point de vue, et sous le rapport de l'intérêt qui se rattache encore à tous les souvenirs de cette grande époque, et sous celui des observations médicales qu'il contient, et que nous recommandons surtout aux médecins qui sont appelés à remplir les mêmes fonctions que l'auteur, bien que dans des circonstances moins graves ; ils y trouveront à la fois et beaucoup de savoir, et une grande indépendance des théories modernes. (*Gaz. méd.*)

Médecine légale, théorique et pratique ; par ALPH. DEVERGIE. Chez Germer-Baillière. Trois vol. in-8°, Paris, 1836.

L'ouvrage que nous annonçons ici est le fruit de dix années d'enseignement et de huit de pratique devant les tribunaux ou à la Morgue qui fournit annuellement plus de trois cents cadavres à examiner : M. Devergie est en outre connu par sa collaboration à plusieurs ouvrages importants, et entre autres, aux *Annales d'hygiène et de médecine légale* et *au Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Enfin, pour prévenir toute erreur dans l'application de la science du droit, le texte et l'interprétation des lois ont été revus et annotés par M. Dehaussy, conseiller à la cour de cassation.

Après quelques réflexions sur l'importance de la médecine légale, les vices de l'organisation actuelle, et les améliorations dont elle est susceptible, M. Devergie entre en matière par l'examen des actes que le médecin est appelé à faire en justice : ce sont des certificats, des rapports et des consultations : à propos des premiers, il dit un mot des certificats de complaisance, qui entraînent pour celui qui les délivre des peines afflictives, et même infamantes dans le cas où il aurait été mu par dons ou promesses. Des modèles de chacun des actes sont placés à la suite des règles propres à diriger dans leur confection.

Le deuxième chapitre, consacré aux décès, est divisé ainsi qu'il suit : 1° Modes suivant lesquels la mort peut survenir ; 2° distinction de la mort réelle d'avec celle qui n'est qu'apparente ; 3° détermination de l'époque de la mort ; 4° règles pour les autopsies ; 5° levées de cadavres ; 6° exhumations judiciaires. — Les véritables signes de la mort réelle sont la rigidité, l'insensibilité à l'excitation galvanique et la putréfaction ; tous les autres signes indiqués par les auteurs, tels que le refroidissement, l'affaissement des yeux, l'absence de la respiration et de la circulation, l'insensibilité aux stimulants de la peau ou des muqueuses, etc., sont loin de présenter la certitude des premiers. Quant à la détermination de l'époque de la mort, M. D. établit deux périodes principales dans la succession des phénomènes qui se manifestent après la mort : la première qui s'étend depuis le moment où la vie a cessé jusqu'au développement de la putréfaction, se subdivise en quatre temps, qui sont marqués par l'extinction graduelle de la chaleur, l'apparition de la rigidité cadavérique, la diminution du volume du poids du corps ; la flaccidité des parties molles, suite de l'issue des liquides hors des canaux qui les contenaient, d'où résultent aussi les lividités, les vergetures, etc.; cette première période dure de deux à vingt heures pour la perte de chaleur, de dix heures à trois jours pour la rigidité, et de trois jours à huit pour retour à la souplesse, l'insensibilité à l'action galvanique, sans altération de la couleur de la peau : la deuxième période comprend tous les phénomènes de la putréfaction, dont le début s'annonce par l'augmentation du volume du corps, l'élasticité et la rénitence de toutes les parties, en conséquence du développement d'une quantité de gaz toujours croissante : ce début se montre du sixième au douzième jour ; on comprend d'ailleurs que l'époque de l'année, l'âge et la constitution du sujet, son genre de mort, etc., influent sur l'époque de l'apparition de tous ces phénomènes. Une fois commencée, la putréfaction marche avec une rapidité qui varie suivant le milieu dans lequel le cadavre est placé. M. D. étudie successivement l'action de l'air, de la chaleur, de l'électricité, de la vapeur d'eau, de l'eau liquide, de celle des fosses d'aisance, du séjour dans la terre : il signale les produits chimiques qui apparaissent, la nature des gaz dégagés, celle du gras des cadavres et des miasmes répandus dans l'air : et après un aperçu général du phénomène, il passe en revue toutes les particularités de son développement dans chaque milieu : un extrait détaillé emprunté au traité des exhumations juridiques de M. Orfila, fait connaître d'une manière complète la succession des transformations que les cadavres éprouvent au sein de la terre : la putréfaction sous l'eau présente neuf phénomènes distincts : la putréfaction en vert, le développement des gaz, la putréfaction en brun, la réduction en putrilage, la saponification, la dessiccation, les corrosions, les incrustations calcaires et la destruction finale : ces phénomènes qui peuvent se réunir en plus ou moins grand nombre sur le même sujet, sont l'objet d'une étude isolée, et l'époque de leur apparition est déterminée avec soin, de manière à permettre de fixer approximativement la durée de la submersion dans les limites de trois jours à quatre mois et demi, partagés en neuf périodes inégales ; ces données ne s'appliquent qu'à l'hiver ; pour l'été, il y a de vingt à vingt-deux jours de différence dans la marche totale, et les deux autres saisons présentent une moyenne entre ces deux extrêmes. Pour compléter ce tableau, M. D. examine les changements que les cadavres éprouvent à l'air après leur sortie de l'eau. Revenant ensuite sur ses pas,

il passe en revue les altérations cadavériques qui pourraient simuler des altérations pathologiques : ce sont les colorations, les ramollissements, les productions gazeuses, et les épanchements.

Les règles pour les autopsies sont exposées d'abord d'une manière générale et ensuite spécialement dans les cas de blessures, de suspension, de submersion, d'asphyxie, d'empoisonnement, d'avortement et d'infanticide. La section des exhumations judiciaires comprend leur utilité, le danger qui les accompagne, les précautions à prendre pour les effectuer sans inconvénient et dans le cas où l'on suppose que le cadavre est réduit à l'état de squelette : elle est terminée par des considérations sur les moyens de fixer la taille d'une personne dont une partie du corps seulement est mise à la disposition de l'expert.

Le chapitre III est consacré aux attentats à la pudeur : d'après l'examen de la législation y relative, M. D. limite la question du viol aux résultats matériels qui en dépendent; il recherche 1° si la défloration a eu lieu, ce qui le conduit à examiner l'état normal des organes génitaux aux différents âges ; 2° les causes qui amènent la défloration, lesquelles sont de deux ordres, agens mécaniques ou maladies. 3° Les moyens de distinguer une défloration récente, d'une ancienne. 3° Quelles sont les traces de violence que l'on peut trouver dans le cas de viol ou de tentative de viol, et dans ce nombre se rencontrent les taches de sperme. 5° Si ces traces peuvent être attribuées à une autre cause. 6° Enfin, quels sont les indices d'une affection vénérienne, et ces indices ne peuvent-ils pas provenir d'une autre source.

L'étude des cas de nullité de mariage, les questions relatives à la grossesse et à l'accouchement, aux naissances tardives et précoces, remplissent les cinq chapitres suivants.

L'infanticide occupe le IXe. Les principales divisions de cet important chapitre sont relatives : 1° à la détermination de l'âge de l'enfant ; 2° à la docimasie de la respiration ; 3° à la fixation de la durée de la vie et de l'époque de la mort ; 4° aux causes de la mort.— L'avortement, la viabilité, la paternité et la maternité, qui se rattachent en grande partie aux questions déjà traitées dans les chapitres précédents, occupent les trois derniers qui terminent le premier volume.

Le chapitre XIII, intitulé : *Des blessures et coups volontaires ou involontaires*, forme les deux tiers de la première partie du second volume ; cet intéressant sujet est étudié avec soin. M. Devergie donne d'abord des notions générales sur les blessures, sur les armes qui les produisent et le mode d'action de celles-ci ; toutefois, à propos des plaies par armes à feu, j'ai remarqué cette singulière proposition qu'il suffit de citer pour en faire ressortir l'inexactitude : « tous les corps tombent simultanément dans le vide, donc deux balles, l'une de cire et et l'autre de plomb, chassées par la poudre, auraient la même vitesse, si on pouvait les soustraire à la résistance de l'air. » M. Devergie a oublié que, dans la chute des corps, la force attractive de la terre se partage proportionnellement aux masses ; tandis que dans les mouvements des projectiles, la quantité de force reste la même. La puissance expansive des produits de la combustion de la poudre ne varie pas avec la masse du boulet ; que celui-ci soit de liége ou de fonte, il reçoit la même impulsion ; la seule différence qui en résulte consiste dans la *vitesse*, de telle sorte qu'en multipliant dans les deux cas cette vitesse par la masse, le produit est le même, et c'est ce qui constitue ce qu'on appelle *la quantité de mouvement*. Cette erreur, légère en apparence, entache les explications que M. D. a données des effets des projectiles ; ainsi, il dit qu'en tirant à brûle pourpoint, une balle de liége produit tous les effets d'une balle de plomb. Il est vrai que plus bas il convient que l'une ne pénétrera qu'à deux ou trois pouces au dessous des téguments, tandis que l'autre traversera le corps de part en part. La vérité est que les effets sont aussi différents qu'il est possible qu'ils le soient ; une balle de plomb à bout portant traversera d'outre en outre le fémur, par exemple, ce que ne fera jamais la balle de liége, et celle-ci dans les mêmes circonstances, causera par son extrême vitesse unie à une petite masse plus de désordres dans les partie molles que la balle de plomb ; par le même principe, un boulet qui sera parvenu au terme de sa course, déchirera les viscères abdominaux, sans entamer la peau, car il agira en vertu de sa masse presque seule, et l'on ne sera pas en droit de dire que la peau seule a résisté à l'action du projectile (p. 57); elle a, au contraire, obéi à l'impulsion, mais celle-ci n'était pas suffisante pour la porter au delà de la limite de son extensibilité naturelle, aussi n'est-elle pas même ecchymosée, etc. Ce sont des effets de ce genre, que, par suite de leur ignorance des lois les plus élémentaires de la mécanique et de la physique, plusieurs chirurgiens, d'ailleurs fort habiles, ont attribué à un prétendu *vent du boulet*.

Dans le chapitre XIV, sont relatés les faits bien avérés de combustion humaine spontanée, rassemblés sous forme de tableau, ce qui permet de les comparer entr'eux, et d'arriver à cette conclusion, que les tissus saturés d'alcoool, par suite de l'abus que les individus atteints de cette singulière affection avaient fait des boissons spiritueuses, sont dans un état qui rend facile leur combustion, même à l'approche d'une cause déterminante peu énergique. Cette hypothèse, qui est celle de la grande généralité des médecins, explique les phénomènes avec assez de facilité.

Dans l'étude médico-légale de l'asphyxie, qui forme la matière du chapitre XVe, M. Devergie a suivi la classification proposée par Savary dans le *Dict. des sciences médicales*, et qu'il avait déjà reproduite avec quelques modifications dans le *Dict. de médecine et chirurgie pratiques*. Après avoir donné la théorie de l'asphyxie d'après Bichat et avoir indiqué les secours généraux que réclame cet état, l'auteur traite successivement avec détails de l'asphyxie par submersion, et de l'asphyxie par suspension. D'après l'examen des phénomènes qui accompagnent la mort par submersion, celui de l'état des organes des noyés, l'appréciation des changements organiques qui tendent à indiquer si l'individu a été submergé mort ou vivant, etc. La conclusion remarquable à laquelle M. D. arrive est celle-ci : « Chacun des phénomènes assignés par les auteurs, pris isolément, ne peut pas donner la preuve de la submersion pendant la vie, mais leur ensemble peut y conduire. »

La toxicologie remplit presque à elle seule la seconde partie du deuxième volume. M. D. définit le *poison* : « Toute substance, qui, prise à l'intérieur ou appliquée à l'extérieur du corps de l'homme, mais à petite dose, est capable d'altérer la santé ou de détruire la vie, sans agir mécaniquement. » Après quelques notions préliminaires sur la classification des poisons, les voies par

lesquelles ils peuvent être introduits dans l'économie, leur mode d'action, les moyens propres à reconnaître leurs effets sur l'homme, les principaux symptômes ou lésions qu'ils produisent, etc., l'auteur consacre quelques pages aux contre-poisons qu'il réunit dans un même tableau, et entre dans des détails circonstanciés sur la préparation des réactifs et les moyens de reconnaître leur pureté. Il commence ensuite l'histoire particulière des poisons, par les gaz vénéneux (*Asphyxie par les gaz délétères*). Chaque substance est étudiée sous le triple rapport de ses caractères chimiques, de son action sur l'économie animale, et du traitement a opposer aux symptômes qu'elle détermine. Cette partie de l'ouvrage de M. D. a été traitée avec une sorte de complaisance; on voit que l'auteur y a consacré tous ses soins; néanmoins j'ai rencontré çà et là des assertions qui me semblent très-contestables; ainsi, suivant M. D. : « Le proto-iodure de mercure est gris ou jaune verdâtre.... Chauffé dans un petit tube fermé, il fournit des vapeurs violettes. » p. 707. Rien n'est moins exact que cet exposé des propriétés d'un corps aussi important à connaître que le proto-iodure de mercure, depuis que M. Biett l'a introduit dans la thérapeutique : il est vert foncé, et chauffé dans un tube, il fond et se volatilise sans altération, si la chaleur est vive, ou se transforme, si elle est lente, en mercure et en sesquiiodure jaune ou en deuto-iodure rouge (*Berzélius*). — Ailleurs, je lis que l'antimoine traité par l'acide nitrique à chaud se transforme en deutoxide blanc, lequel est soluble dans l'acide hydrochlorique et forme avec lui du beurre d'antimoine, qui, versé dans l'eau, se décompose immédiatement et se transforme en sous-hydrochlorate de protoxide insoluble et en hydrochlorate acide de protoxide soluble (p. 767). Le deutoxide d'antimoine est peu soluble dans l'acide hydrochlorique; il s'en sépare à l'état de pureté par l'eau qui le précipite ou sous forme de cristaux par évaporation (*Berzélius*). D'ailleurs comment expliquer que la solution de deutoxide dans l'acide hydrochlorique donne lieu par l'eau à des produits dans lesquels le métal se retrouve à l'état de protoxide; ce ne peut être une faute d'impression comme je l'avais cru d'abord, car c'est bien l'acide antimonieux qui résulte de la réaction de l'acide nitrique sur le métal. — Je m'étonne aussi qu'en parlant des précipités formés par les hydro-sulfates alcalins dans les sels de mercure et notamment dans le deuto-chlorure et les nitrates, M. D. se soit borné à dire qu'ils sont noirs, sans faire observer la série des teintes qu'ils offrent suivant les proportions du réactif; ils sont d'abords blancs, puis jaunes, orangés, bruns, et enfin noirs quand l'hydro-sulfate est en excès. Est-ce aussi une description suffisante du sulfure de mercure que la suivante : solide pulvérulent ou cristallisé en aiguilles, insoluble. — Il me semble qu'il était également utile de signaler la grande solubilité du précipité formé par la potasse, la soude et l'ammoniaque dans la solution de sulfate de zinc, lorsque l'on ajoute un excès d'alcali. Ce caractère suffit pour distinguer ce sel de l'alun, par exemple, l'alumine étant insoluble dans l'ammoniaque, et ne se dissolvant que dans la potasse ou la soude. — Pourquoi aussi, en parlant de l'opium et de ses diverses préparations, avoir passé sous silence le laudanum, si fréquemment employé pour produire l'empoisonnement? et d'autre part, à quoi bon, dans un ouvrage pratique, s'occuper des effets toxiques du cérium, de l'urane, du molybdène, du nikel, de l'iridium, etc.? En voilà assez pour montrer que malgré ses soins, M. D. a laissé échapper des inexactitudes qu'il rectifiera sans peine dans une nouvelle édition.

A la suite des poisons se trouvent indiquées les altérations spontanées dont sont susceptibles certaines substances alimentaires, telles que les viandes fumées, les fromages, etc.; enfin, sous le titre d'empoisonnement en général, qui est placé en tête du XVIIe chapitre, M. D. indique la marche analytique à suivre pour arriver à la détermination d'un poison quelconque, et il consacre le XVIIIe chapitre à l'indication des maladies qui peuvent simuler l'empoisonnement.

Le chapitre XIXe traite des falsifications en général : nous regardons cette étude comme fort utile pour ce qui regarde la falsification des boissons ou des aliments : mais à quoi bon s'occuper de celles qui portent sur l'écriture et plus particulièrement encore sur les monnaies : celles-ci sont plutôt du ressort de la chimie que de la médecine légale : et ce qui le prouve, c'est que la solution des problèmes qui s'y rattachent est confiée à des essayeurs et non à des médecins.

M. Devergie a fait une section à part de l'examen de diverses espèces de taches, sperme, mucus, sang, rouille, etc.; dans le chapitre XXIe, il a exposé l'état de la science sur les maladies simulées, dissimulées, prétextées ou imputées, et les quatre suivants, qui terminent l'ouvrage, sont employés aux questions de survie, d'identité, au suicide, et à l'aliénation mentate.

Malgré l'étendue de l'analyse que nous venons de donner, nous avons été obligé de nous abstenir de la plupart des réflexions que nous a suggérées la lecture de l'ouvrage de M. Devergie : un grand nombre des opinions émises par ce médecin sont en opposition avec celles que professe M. Orfila, dont l'autorité est si imposante en médecine légale : nonobstant les critiques dont elles ont été l'objet, M. Devergie ne les a pas abandonnées : il eût sans doute été intéressant d'entrer dans cette discussion ; mais les lecteurs comprendront sans peine qu'on ne combat pas des faits avec des raisonnements; qu'il eût fallu se livrer à des recherches minutieuses et multipliées, et être en outre favorisé par une position spéciale qui offrît des exemples assez nombreux des questions en litige : toutes ces considérations m'ont arrêté, et j'ai dû me borner à l'exposé de la marche suivie par l'auteur : j'ai d'ailleurs répété avec soin les expériences relatives aux faits chimiques qui me semblaient erronés ou incomplets, dont quelques-uns ont été rapportés plus haut.

En résumé, l'ouvrage de M. D. est le fruit de laborieuses recherches mises en œuvre avec beaucoup de talent : malgré quelques imperfections, qu'il sera aisé de faire disparaître par la suite, le grand nombre d'exemples qui se rattachent à chacune des questions proposées, lui mérite la qualification de traité *pratique*, que lui a assigné l'auteur, et il ne peut manquer d'être recherché et consulté avec fruit par la classe de lecteurs pour lesquels il a été écrit. GUÉRARD.

(*Arch. de Médecine*).

Entwicklungs-Geschichte der Physiologie und Medizin, etc. — *Histoire du développement de la physiologie et de la médecine*; par W. J. A. Werber, professeur à l'Université de Fribourg (Stuttgart et Leipzig, 1835; in-8°; VIII — 360 p.).

Ce livre, une des productions les plus remarquables de la littérature médicale de l'Allemagne en 1835, n'est, pour ainsi dire, que la préface d'un ouvrage que le professeur Werber est sur le point de faire paraître, et dans lequel il se propose de donner une *Théorie de la médecine pratique*.

Trouvant la médecine actuelle sans base, dans un état de décadence et de dislocation, pour me servir d'une expression qui rende bien sa pensée, il a recherché ce qui doit résulter de la lutte qui s'est élevée, dans ces derniers temps, entre deux principes opposés. A cet effet, il s'est livré à des études historiques profondes, depuis les temps les plus reculés de la médecine jusqu'à nos jours; c'est le résultat de ses études et de ses méditations qu'il présente aujourd'hui au public.

L'ouvrage de M. Werber est, en partie, la philosophie de l'histoire; il n'embrasse pas seulement la médecine, mais encore tout le vaste domaine des sciences naturelles et médicales. Il sait faire, avec une rare sagacité, la part de l'éloge et du blâme pour chaque système; son style est toujours grave, et l'on remarque par dessus tout, l'adoption d'un principe conciliateur, qu'il appelle *organo-génétique*, c'est-à-dire qui doit représenter la médecine comme un corps vivant dont toutes les fonctions sont en harmonie.

L'auteur commence ainsi son avant-propos: « Qui ne sentira et ne reconnaîtra pas que l'état actuel de la médecine est sans base et sans lien, qu'il est déchiré par des partis opposés, et qu'il menace de tomber en dissolution? Des principes et des éléments, anciens et nouveaux, se disputent la souveraineté en médecine. L'organisme médical sortira-t-il rajeuni et plus robuste de ce conflit entre les écoles anciennes et modernes? Ce livre doit répondre à cette question. »

L'introduction contient une *orientation* sur les mouvements les plus importants de notre époque, dans la science et la vie. M. Werber fait précéder cette introduction de quatre *motto*, dont nous reproduirons le deuxième, puisqu'il indique sommairement la tendance de l'auteur, et qu'il est dû à la plume du plus grand génie de l'Allemagne, à celle de Gœthe: « Des observateurs fidèles de la nature, quelle que soit d'ailleurs la divergence de leurs opinions, s'accorderont cependant sur ce point, que tout ce qui nous paraît comme phénomène, doit indiquer et présenter une dualité originaire, susceptible d'être *unie*, ou une unité susceptible d'être *dualisée*. Dualiser ce qui est uni, et unir ce qui est dualisé, voilà la vie de la nature, voilà l'éternelle systole, et diastole, l'éternelle *syncrise* et *diacrise*, l'inspiration et l'expiration du monde dans lequel nous vivons, nous sommes et nous nous mouvons! »

M. Werber entre alors en matière. « L'esprit de notre époque, dit-il, est le fruit des temps passés et le germe d'un vaste et magnifique avenir. L'époque actuelle nous offre le phénomène de puissantes fermentations dans la science et la vie. Partout où nous portons nos regards, nous observons un antagonisme prononcé, des dissensions violentes; en même temps, nous apercevons, dans les opinions et les idées, les signes d'une tendance conciliatrice; car les divisions ne font que cacher l'unité primitive, et c'est au temps à la produire au grand jour. »

L'auteur démontre ensuite que ces dissentions n'ont pas seulement lieu en médecine, mais encore en jurisprudence, en politique, en philosophie, en pédagogie et en théologie.

Si l'espace le permettait, nous présenterions à nos lecteurs l'esquisse rapide que trace M. Werber des dissensions en philosophie. Ce chapitre est très-intéressant, et il serait digne de figurer dans les colonnes de la *Revue germanique*. Mais nous nous hâtons d'en venir aux vues larges de M. Werber sur les sciences naturelles et médicales. Il commence par les premières. Les écoles *historico-naturelles* sont divisées de nos jours en deux camps ennemis; l'une est l'école empirique, l'autre est l'école spéculative. L'école empirique ou *a posteriori* ne s'en rapporte qu'aux faits, à l'observation: c'est ce qu'elle appelle avec orgueil *science expérimentale*. L'école spéculative, au contraire, ne veut entendre parler que de vues *a priori*, elle veut une science naturelle effectuée par le développement d'une idée-mère conçue par l'homme de génie.

Chacune de ces écoles pèche par l'exagération de son principe; l'une se borne à recueillir des faits qu'elle ne sait pas lier par des aperçus philososophiques ou par des idées transcendantes; l'autre se perd trop souvent dans de vaines hypothèses, et ne produit ordinairement que des songes creux. Ici, un formalisme vide de faits; là, des faits sans liaison scientifique.

L'auteur termine ce chapitre de la manière suivante: « La véritable science ou philosophie de la nature ne pourra résulter que de l'union ou de la médiatisation *organo-génétique* de l'empirisme et du rationalisme d'une part, et du matérialisme et du virtualisme de l'autre. »

Science médicale.

L'auteur commence par poser en fait, que la médecine est déchirée dans ses éléments, qu'elle présente plusieurs écoles dont les principes sont contradictoires, que le matérialisme et le virtualisme s'y livrent des combats plus ou moins acharnés. Dans ces derniers temps il s'est manifesté une grande scission dans l'histoire des discussions médicales, celles des *allopathes* et des *homœopathes*; les premiers représentent plus ou moins l'idée de stabilité, et des progrès lents et paisibles; et les autres constituent le parti révolutionnaire en médecine. L'auteur cite plusieurs passages, tirés des ouvrages des plus célèbres médecins, sur l'état actuel de l'art et de la science médicale. Hildebrand, Hufeland, Hecker, Reil, Widekind, Sachs, Hartmann de Vienne, Krüger-Hansen, Kieser, Pruchelt, etc., sont les auteurs auxquels M. Werber emprunte des fragmens pour exposer l'état déplorable de la médecine de nos jours. Citons ce que dit le professeur Kieser, de Iéna: « Dans bien des cas, le vieil adage se vérifie, que le remède est pire que le mal, et le médecin plus dangereux que la maladie elle-même. Rien n'est plus commun que les maladies chroniques occasionnées par des traitements à contre-sens, etc.; » paroles sévères sans doute, mais qui semblent trouver en partie leur justification dans le peu de fixité des opinions médicales de nos jours.

« La médecine, dit Hartmann, est sur le point de

tomber du sommet le plus élevé de la spéculation dans l'abîme le plus profond de l'empirisme. Lorsqu'on passe en revue la multitude des médecins, l'on est bientôt convaincu que sous le manteau de la médecine hippocratique, ils n'exercent, au lit du malade, que le plus grossier empirisme. » Le tableau le plus noir est présenté par Helbig de Dresde; mais comme il existe chez lui des tendances homœopathiques, nous ne le citerons pas, malgré la vigueur de son pinceau et la vérité de ses couleurs.

« N'est-il donc pas possible, s'écrie le vieux Vogel, de Rostok, d'obvier et de remédier à ces contradictions déshonorantes pour l'art médical, à la vue desquelles on est, à chaque instant, ému et indigné? La matière médicale est remplie d'obscurités, de contradictions et de mensonges. » Le professeur Choulant, de Dresde, s'exprime également d'une manière bien vigoureuse, quand il dit : « Nous avons bâti sur le sable des opinions humaines, et notre bâtiment plie comme un roseau. » M. Werber termine par un passage fort curieux tiré de la *Physiatrie* de Jahn, l'un des plus fervens apôtres de l'autocratie de la nature. Jahn désire avec Bâcon une *instauratio ab imis fundamentis*.

Après avoir tracé une esquisse rapide de l'anarchie et du désordre qui règnent dans l'état actuel de la médecine, après avoir démontré l'incohérence dans les doctrines et les opinions, l'instabilité et la vanité des systèmes, l'insuffisance et même les dangers des méthodes les plus généralement suivies; après avoir montré que, d'un côté, on s'est jeté dans les bras d'un grossier empirisme, et de l'autre, dans l'abîme des hypothèses gratuites et des spéculations les plus bizarres, l'auteur passe en revue tous les systèmes en médecine, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Le caractère fondamental de l'école hippocratico-galénique est, d'après Werber, historico-empirique et atomistique. La médecine, en général, dit-il, a conservé le caractère antique græco-romain jusqu'à nos jours; c'est pourquoi elle aime à être appelée hippocratique. La doctrine hippocratique se fonde sur l'observation des faits tangibles, et aucune idée préconçue ne guidait ou plutôt n'égarait Hippocrate dans l'observation fidèle des phénomènes vitaux et morbides. Cette doctrine est donc toute empirique, toute expérimentale; les sciences naturelles et médicales ne pouvaient avoir un autre commencement. Hippocrate est le fondateur, et Galien le consommateur systématique de la médecine empirique et matérielle. Lorsqu'on compare l'un avec l'autre ces deux héros de la médecine antique, ils coïncident comme deux triangles rectangles dont la réunion forme un carré.

La doctrine hippocratico-galénique domine encore tout le moyen âge; et ce n'est qu'au seizième siècle, que le génie de Paracelse osa attenter à l'arche sainte médicale que Galien avait recommandée à la vénération des siècles futurs. Rien de plus curieux que le commencement du seizième siècle, cette époque de réforme universelle dans la religion, dans les sciences et en médecine. Il y avait alors en médecine une tendance vers la libération du joug galénique, du joug matérialiste et empirique de l'antiquité. Paracelse écrivit alors ces paroles remarquables : « Tous se désespèrent, et aucun ne veut apprendre assez par lui-même, afin qu'il puisse surpasser Galien et Avicenne, ou du moins les égaler. Or, la *grâce* nous est donnée aussi bien qu'à Galien et à Avicenne. » Depuis cette époque, l'on observe, dans la marche progressive de la médecine, une tendance toujours plus manifeste vers le dynanisme ou le spiritualisme, vers des idées originales et indépendantes de celles de l'antiquité græco-romaine. Nous voyons surgir Van-Helmont, Stahl, Brown, Hahnemann, etc. Un grand nombre de médecins et de naturalistes s'opposaient toujours à cette tendance vers la liberté et l'originalité chez les génies réformateurs.

La majorité des médecins voulut de tout temps conserver le caractère originel des doctrines antiques, et nous remarquons encore d'une manière bien évidente de nos jours cette réaction contre les idées nouvelles. C'est donc avec raison qu'on décore du nom d'*historique*, la médecine hippocratico-galénique. C'est dans ce sens encore que cette médecine représente le principe contre-révolutionnaire, *conservateur*, légitimiste dans l'art de guérir, tandis que les idées nouvelles, originales et réformatrices représentent le principe libéral et révolutionnaire. Mais celui qui veut conserver l'ancienne médecine dans sa forme et son essence originelles, celui-là méconnaît la marche progressive du développement humanitaire; il veut retenir la science dans les langes enfantins, et ne pas permettre son développement ultérieur et sa libération du joug des anciens.

Vers la fin du dix-huitième siècle, et vers le commencement de celui-ci, l'esprit qui préside aux études historico-naturelles et médicales a totalement changé. La philosophie chrétienne et spiritualiste a réagi d'une manière bien sensible sur l'ancien édifice de la médecine; par elle les efforts scientifiques ont reçu une tendance idéelle et subjective, rationnaliste et spéculative; en un mot, les idées *a priori* ont commencé à balancer celles *a posteriori*; partout on remarque dans les sciences naturelles et médicales l'éveil des doctrines dynamiques et vitalistes, malgré l'imposante majorité des médecins conservateurs et matérialistes, immobiles et conservateurs.

L'école dynamique de Brown, la théorie de l'excitation, l'école philosophico-naturelle, la psychiatrie de Heinroth et l'homœopathie, ne sont que des degrés différents et des formes plus ou moins variées d'une médecine qui a rompu avec le matérialisme, pour s'élever à l'indépendance des idées originales et des vues dynamiques. M. Werber croit que l'homœopathie représente la doctrine la plus décidément spiritualiste et virtuelle, en opposition aux doctrines empiriques et matérialistes anciennes. De là l'opposition compacte qu'elle rencontre, puisque l'immense majorité des médecins est encore adonnée aux opinions hippocratico-galéniques.

On peut regarder Paracelse comme le fondateur, et Hahnemann comme le consommateur de la médecine moderne dynamique, en opposition à Hippocrate et à Galien. Il existe donc une double médecine, l'une antique, hippocratico-galénique, empirique, matérialiste, existant encore de nos jours, et se faisant valoir comme principe conservateur et réactionnaire contre toute doctrine ou système enfanté par le dynanisme ou la spéculation rationaliste. L'autre, moderne, paracelo-hahnemannienne, virtuelle, dynamique, spiritualiste, révolutionnaire.

Si Paracelse déjà a voulu détruire de fond en comble l'ancienne médecine (idée dont la combustion des œu-

vres de Galien et d'Avicenne n'est que le symbole), Hahnemann n'a point eu une idée moins ambitieuse, Hahnemann voulut créer la médecine de sa propre tête, comme Jupiter créa Minerve, et si l'esprit du siècle ne s'y opposait, il brûlerait également les livres de ses prédécesseurs (Nou. croyons qu'ici. M. Werber exagère. Hahnemann n'est pas iconoclaste à ce point-là). « Il est hors de doute, dit M. Werber, que la médecine moderne ou dynamique a atteint dans l'homœopathie le plus haut degré de développement, et qu'elle a acquis des sentiments formellement révolutionnaires. L'homœopathie est foncièrement virtuelle et rationnaliste ; elle a spiritualisé toute la nature, elle a métamorphosé la matière en force, elle a même su découvrir une analogie merveilleuse entre les médicaments et l'âme ou l'intelligence humaine ; en un mot, elle a soumis toute la nature à la suprématie de la raison de l'homme. Par contre, la doctrine antique est le matéralisme, l'empirisme, l'objectivisme et le réalisme en médecine; elle rejette toute idée subjective, dynamique, idéelle ou spiritualiste. Ni l'un ni l'autre de ces systèmes ne peuvent constituer le domaine tout entier de la médecine proprement dite, ce ne sont que deux moitiés; ce sont les deux termes de la dualité, dont l'union intime et profonde formera un tout organique, un ensemble complet, et l'avenir prochain développera un nouvel organisme par la conciliation des deux moitiés antagonistiques qui divisent encore la science. »

M. Werber cite quelques passages de Hahnemann, pour prouver que ce réformateur avait pour but de renverser de fond en comble l'ancien édifice de la médecine, du moins la partie thérapeutique, qui n'était pas en rapport avec l'ensemble des connaissances physiologiques et pathologiques. (Nous ferons observer ici que si Hahnemann s'abandonne parfois à sa fongue révolutionnaire, il ne résulte cependant pas de l'ensemde sa doctrine le mépris absolu des travaux de ses prédécesseurs; la meilleure preuve, c'est que Hahnemann cite, dans sa *Matière médicale pure*, tous les auteurs qui ont contribué à la connaissance des *effets purs* des médicaments. Dans tous ses ouvrages, il dénote une grande érudition, et nous n'osons pas lui attribuer la même ardeur comburante qu'à Luther ou à Paracelse.)

L'on sait que le professeur Sachs, de Kœnigsberg, est un des ennemis les plus acharnés de l'homœopathie ; il la traite de complète folie et d'absurdité palpable. Sachs est *hégélien*. M. Werber établit un parallèle très-ingénieux entre Hahnemann et Fichte, et entre Sachs et Hegel. Ainsi que Fichte, Hahnemann est le représentant de l'idéalisme et du virtualisme ; ainsi que Hegel, Sachs représente le réalisme et l'objectivisme. Ce parallèle entre les deux philosophes et les deux médecins est parfaitement établi par M. Werber, c'est un des points les plus curieux de son livre. Un seul doute nous arrête, c'est que Hahnemann ne paraît pas avoir eu la conscience de toutes les idées que lui prête M. Werber.

M. Werber, pour prouver la nécessité d'une restauration en médecine, cite quelques passages de plusieurs profonds penseurs, comme F. Jahn, Schultz de Berlin, Frænkel, Leupoldt, Kopp, Hufeland, Klose et Eschenmayer. Nous ne pouvons résister au désir que nous éprouvons de citer le passage suivant de Schultz, de Berlin, car nous sympathisons de la manière la plus vive avec l'opinion de l'illustre auteur : « Si l'homœopathie doit acquérir une valeur scientifique et ne pas rester, dans toute sa *non-science*, en opposition avec l'ensemble de la médecine, il faudra que son principe se développe dans le sens de la doctrine de Paracelse ; alors un antagonisme fondé en raison, véritable, objectif, se développera vis-à-vis de l'élément hippocratico-galénique. Ces deux éléments, ennemis actuellement, s'uniront plus tard pour former un ensemble scientifique. L'homœopathie hahnemannienne s'écroulera, et de ses débris il surgira une vie nouvelle. »

M. Werber se résume, à la fin de sa première partie, de la manière suivante :

« Nous avons donc examiné en général l'esprit et la tendance de la médecine de nos jours, et nous avons trouvé :

1° Une tendance antique, que l'on peut appeler hippocratico-galénique, et qui repose sur une base empirique et matérialiste ;

« 2° Une tendance moderne, que l'on peut nommer paracelso-hahnemannienne ; elle a une signification virtuelle et subjective ;

« 3° Un parti conciliateur, une tendance vers l'union et l'éclectisme. »

Sur ce dernier parti, l'auteur s'exprime de la manière suivante : « La classe éclectique des médecins, qui, d'une part, sent et entrevoit très-bien les défauts, l'insuffisance et les misères de l'ancienne médecine, mais qui n'en veut pas rejeter ce qu'il y a de positivement utile, et qui, d'autre part, remarque, dans la tendance moderne, des progrès véritables et des améliorations certaines, et tâche de profiter de ces nouvelles vérités ; cette classe éclectique, qui s'accroit considérablement dans ces derniers temps, forme la transition à un degré plus élevé de la médecine, considérée comme science et comme art. »

Les médecins philosophes envisageront la médecine antique comme le produit d'*intuitions* de la nature, et l'école moderne comme le résultat de *lois* et de *déterminations artistiques*.

Dans l'antique médecine, c'est plutôt la *nature* qui détermine les indications à remplir ; dans la médecine paracelso-hahnemanienne, c'est l'*art* qui se charge des fonctions législatives. Là le médecin est *minister*; ici, il est *magister naturæ*. Le développement *artistique* de la médecine est le fruit de l'esprit, de la liberté et de la raison, et comme tel il est une apparition plus tardive que l'intuition et l'imitation de la nature. Chez les anciens c'est la *nécessité*, *la fatalité* de la nature qui prédomine ; elle ordonne, et le médecin exécute les indications et les désirs de l'autocrate. Nature et art, nécessité et liberté, activité instinctive et activité réfléchie et rationnelle, voilà les principes qui doivent être placés dans leurs justes rapports ; ce n'est qu'alors que nous obtiendrons une vraie science et un véritable art en médecine.

Les doctrines antiques, termine M. Werber, constituent l'aristocratie immobile de la médecine, tandis que les doctrines modernes manifestent un libéralisme excentrique. Ces deux tendances médicales sont en opposition et en combat l'une avec l'autre ; elle atttendent, de la part du temps guérisseur, la libération de l'exclusivité, maladie dont elles sont atteintes au même degré.

Dans un second article, nous examinerons la deuxième partie du livre de M. Werber, intitulée *le Passé dans son développement jusqu'à l'époque actuelle*.

KIRSCHLEGER.

(*Archives médicales de Strasbourg.*)

Medizinische Beobachtungen und Beitræge über die Salicine, von BLOM, etc. — *Observations comparatives sur les effets thérapuetiques de la salicine, de la pipérine et du sulfate de quinine*, par BLOM; traduit du hollandais, par SALOMON (Potsdam, 1835).

Après avoir fait l'historique de la salicine, M Blom cite des observations qui tendent à mettre en évidence l'efficacité de cette substance dans des cas de fièvres intermittentes, de fleurs blanches, de diarrhée, de fièvre catarrhale, de phthisie même.

Toutes ces observations ne sont guère concluantes et ne sauraient nullement nous engager à admettre, par exemple avec l'auteur, que les propriétés fébrifuges de la salacine sont aussi éminentes que celles du sulfate de quinine, etc.

La dose de la salicine à employer dans les fièvres intermittentes est de 8 grains (minimum) à 40 grains (maximum), entre deux accès.

Ce qui nous a paru plus digne de remarque, et surtout digne d'être constaté, ce sont les observations suivantes :

1° Que le sulfate de quinine mériterait la préférence dans les cas de fièvres intermittentes, suites d'affections catarrhales ou rhumatismales, attendu que ce sel aurait une action particulière sur la peau ;

2° Que chez les personnes faibles, disposées à de fortes transpirations, de même que chez les malades affectés de congestion sanguine vers la tête, ou de fortes céphalées, il y aurait contre-indication pour le sulfate de quinine ; tandis que la salicine pourrait être employée sans inconvénient ;

3° La pipérine doit être employée de préférence aux deux autres substances en question, chez les sujets phlegmatiques, avec débilité générale et ayant surtout le système digestif très-affaibli ;

4° La salicine et la pipérine méritent la préférence dans les cas de récidive après l'usage du sel de quinquina.

Cet opuscule nous paraît d'ailleurs assez mal fait. Il y règne peu de logique et de nombreuses contradictions. TH. B.

(*Archives médicales de Strasbourg.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 31 janvier 1837.

Opérations pratiquées pendant le sommeil magnétique. — M. Jules Cloquet, dont le nom avait été prononcé dans la dernière séance, au sujet d'une femme chez laquelle il a amputé un sein cancéreux pendant le sommeil magnétique, prend la parole pour redire de nouveau à l'Académie les détails de cette observation, qu'il lui avait déjà soumise, et rappeler qu'il ne s'est présenté que comme historien, et qu'il a toujours en soin de se tenir en dehors de toute explication des phénomènes magnétiques. M. J. Cloquet reprend donc les diverses circonstances du fait dont il s'agit : la femme opérée avait non-seulement un sein entièrement cancéreux, mais de plus, de nombreux ganglions axillaires étaient envahis. Deux incisions de neuf à dix pouces de longueur ont dû cerner la tumeur ; des ligatures des vaisseaux ont été pratiquées, les ganglions de l'aisselle extirpés. L'opération a été longue et pénible, car il fallait ménager l'artère axillaire. Quoi qu'il en soit, cette femme n'a pas proféré la moindre plainte. M. Cloquet n'a pas saisi davantage, dans l'expression de ses traits, la plus légère trace d'émotion. Interrogée à diverses reprises elle a constamment répondu qu'elle ne ressentait aucune douleur. La première marque de sensibilité qu'elle ait donnée, c'est au moment où M. Cloquet lotionnait la surface de la plaie pour procéder au pansement, qu'elle se mit à rire en disant qu'on la chatouillait. Du reste, la plaie marchait à la guérison, quand, à la suite d'une promenade en voiture que le magnétiseur avait jugée convenable, elle fut prise d'un point de côté, indice d'un épanchement, et mourut le vingtième jour après l'opération. — Il faut noter que dans tout cet intervalle de temps, le sommeil magnétique n'a été interrompu qu'une seule fois, et promptement reproduit, la malade réveillée ayant donné des signes d'un vif saisissement à la vue des résultats de l'opération qu'elle avait subie sans le savoir. Les pansements se faisaient sans qu'elle en eût plus de conscience. La promenade en voiture avait eu lieu de même au milieu de son sommeil. Enfin on peut dire rigoureusement qu'elle est morte en dormant.

Lithotripsie dans un cas de calcul enchatonné. — M. Ségalas présente une vessie divisée en deux poches. La cloison percée est traversée par un gros calcul qui s'y trouve enchatonné. Le malade qui a fourni cette pièce est un homme de quarante ans ; il souffrait depuis l'âge de dix-huit. M. Ségalas reconnut, par le cathétérisme, une pierre saillante et immobile dans la vessie. La lithotripsie fut pratiquée, et le détritus rendu après trois séances équivalait au volume d'une grosse noix, mais la portion enchatonnée du calcul a échappé à l'instrument lithotriteur. M. Ségalas avait tout préparé pour la lithotomie, quand le malade a succombé à une hémoptysie.

Séance du 7 février.

Régénération des parties du corps humain (*sur les*); *par M. Kuhnholtz, bibliothécaire à la Faculté de Médecine de Montpellier.* M. Cruveilhier lit un rapport sur ce travail. Le résumé des considérations de M. Kuhnholtz sont que : 1° la régénération des parties amputées, assez commune chez les animaux, est douteuse chez l'homme ; 2° qu'il suit de là que l'on ne peut conclure des expériences sur les animaux à l'homme ; 3° qu'il est antiphysiologique de rapporter à un organe une fonction qui subsisterait après la perte de cet organe, ou qui resterait intacte, l'organe étant altéré ; 4° que le pouvoir régénérateur est d'autant plus étendu chez les animaux qu'ils s'éloignent davantage de l'homme ; 5° enfin que chez l'homme on n'a guères observé que la régénération des os, du périoste, des ongles et de l'épiderme, de la peau, des muqueuses, du tissu cellulaire et de la substance nerveuse. M. Cruveilhier n'admet point la *régénération* dans beaucoup de ces cas. Il n'y reconnaît que la formation d'un tissu accidentel qui remplace celui qui manque, mais qui en diffère tout à fait par sa nature, et qui ne peut le suppléer dans ses fonctions ; c'est ainsi que M. Cruveilhier n'accepte nullement les expériences invoquées pour démontrer la régénération des nerfs. Si, après l'excision d'un nerf qui se rend à un organe, celui-ci n'a pas perdu la faculté de sentir, c'est qu'il reçoit d'autres nerfs. La cicatrice qui réunit les bouts d'un nerf incisé, est une barrière que ne franchira jamais la sensibilité. — M. Roux pense avec M. Cruveilhier, que le terme de *régénération* est peu convenable en général, pour désigner ce qui se passe dans le mécanisme de la réunion des parties divisées. Mais il ne partage pas l'opinion que la cicatrice des nerfs est infranchissable à la sensibilité dans tous les cas. Si cela a lieu quand les nerfs sont incisés brusquement, il n'en est plus de même quand la solution de continuité s'effectue lentement.

M. Cruveilhier répond qu'il a fait de nombreuses expériences pour résoudre la question de la régénération des nerfs, et que jamais, quelque temps que les animaux aient vécu, il n'a vu la sensibilité reparaître dans les parties, quand il avait coupé complétement tous les nerfs qui s'y rendent. M. Cruveilhier ne comprend pas d'ailleurs ce que la lenteur de la section des nerfs pourrait apporter de différences dans les résultats. — M. Dupuy fait remarquer que la manière dont s'effectue la cicatrisation des nerfs ne peut permettre la transmission de la sensibilité. Les deux bouts se renflent par la déposition d'une lymphe plastique tout à fait étrangère à la matière nerveuse.

Empyème. — Depuis la discussion sur l'empyème, M. Cruveilhier a eu l'occasion d'observer un cas où cette opération a été pratiquée, et qui semble étayer ce qu'on a dit de l'innocuité du contact de l'air avec la plèvre, et du bénéfice qu'on peut obtenir de la thoracenthèse. Une jeune femme, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une paraplégie, fut prise peu de temps

après d'une pleurésie qui, malgré les saignées répétées, s'est terminée par épanchement purulent. Tous les moyens thérapeutiques étant épuisés, et la suffocation devenant imminente, M. Cruveilhier s'est décidé à faire pratiquer la ponction du thorax. Un demi litre de sérosité s'écoula au dehors, après quoi la canule se boucha, et il fut impossible de la désobstruer. Le soulagement n'en fut pas moins manifeste. Six jours après, la suffocation étant redevenue menaçante, une nouvelle ponction fut faite, mais il ne coula qu'une très-petite quantité du liquide épanché, et le soulagement fut, cette fois, à peine marqué. M. Cruveilhier fit alors ouvrir largement la poitrine; le pus sortit à flots. La respiration recouvra immédiatement une si grande liberté que la malade se crut guérie. Ce bien-être du côté de la poitrine continua et s'accroissait même de jour en jour. Malheureusement la dyspnée éprouvée pendant si longtemps par la malade, l'avait obligée à rester constamment assise, et des escarres profondes s'étaient formées aux ischions. La gangrène fit des progrès incessants, et cette femme y a succombé. 23 jours s'étaient écoulés depuis la dernière opération. Le poumon avait contracté des adhérences avec la plèvre costale dans son tiers supérieur. Le pus était collectionné dans une sorte de kyste, à la partie inférieure du thorax.

Séance du 14 février.

Magnétisme animal. — M. Berna écrit à l'Académie qu'il est prêt à montrer des phénomènes de magnétisme à tous ceux qui sont curieux d'en voir. — Après quelques oppositions, l'Académie consultée décide qu'une commission sera nommée pour assister aux expériences de M. Berna. Cette commission se composera de M. Bouillaud, Emery, Oudet, Roux, Cloquet et Fréd. Dubois.

Grippe. — L'ordre du jour appelle la discussion sur la maladie régnante. M. Lepelletier, de la Sarthe, premier inscrit, a la parole. M. Lepelletier, chargé d'un double service médical, l'un au bureau central, l'autre à l'Hôtel-Dieu où il remplace un des médecins malade, a eu l'occasion d'observer un très-grand nombre d'individus affectés de la grippe; ce nombre s'est élevé en vingt jours à mille cinquante! M. Lepelletier, en outre de la cause occulte, le *génie épidémique*, reconnaît comme causes de la grippe, les variations atmosphériques et surtout le froid humide. La grippe, suivant lui, est essentiellement constituée par une inflammation de la muqueuse bronchique; mais il y a un élément nerveux qui la distingue, c'est une bronchite spasmodique. La grippe peut revêtir des formes variées, mais il est facile de retrouver toujours le même fonds au tableau des symptômes. M. Lepelletier n'admet point une grippe bénigne et une grippe maligne. La grippe, par elle-même, est toujours bénigne : quand des accidents graves se déclarent, c'est qu'il s'est joint une complication. M. Lepelletier observa, sur 200 grippés, 25 pneumonies, 2 pleurésies, 3 gastro-entérites, 2 rhumatismes aigus, 2 parotides. Il a vu un phtisique suffoqué par l'invasion de la bronchite spasmodique et mourir asphyxié. Il a fait des observations semblables chez plusieurs vieillards catarrheux. La grippe peut encore être très-grave chez les sujets apoplectiques; non-seulement cela s'explique par les congestions cérébrales que provoque la toux, mais encore par l'espèce de proscription dont on a frappé la saignée. Mais la complication la plus fréquemment funeste, c'est la pneumonie ou la pleurésie, et cela d'autant plus que la saignée, quoique bien indiquée dans ces cas, est loin d'avoir les effets avantageux qu'on lui reconnaît habituellement. M. Lepelletier a trouvé que la méthode de Rasori, qui combine les émétiques à hautes doses avec les évacuations sanguines, était la plus efficace; il s'est bien trouvé, chez les vieillards catarrheux, de l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine; M. Lepelletier a été frappé de la *tolérance* pour l'émétique : sur 18 malades deux seulement ont vomi.

M. Louyer-Villermay regarde aussi la grippe comme une maladie légère; il ne partage point l'opposition qu'on a soulevée contre la saignée dont il a tiré beaucoup d'avantages quand le pouls était plein, développé, la respiration oppressée, etc. La durée de la maladie n'a pas alors excédé trois jours; le sang présentait un caillot consistant, et quelquefois une couenne épaisse.

M. Récamier rappelle l'épidémie de grippe qui a eu lieu en 1803, épidémie qui fut très-funeste. Alors le cours de la maladie était marqué le plus souvent par une phlegmasie cutanée. M. Récamier regarde la grippe comme une affection de la nature des fièvres éruptives; il ne se fonde pas seulement sur la coïncidence de la phlegmasie cutanée qui a signalé l'épidémie de 1803, il base encore son opinion sur l'ensemble des symptômes qu'il retrouve analogues dans les deux ordres des maladies. Le catarrhe de la grippe est, en effet, le *catarrhe tussiculeux* de la scarlatine, et si en 1837, l'éruption cutanée n'est pas générale, on observe encore assez souvent des rougeurs érysipélateuses, et les pustules labiales sont à peu près constantes, etc. Enfin, on sait que dans les fièvres éruptives, l'éruption n'apparaît pas toujours et que la *nature* de la maladie n'est pas changée pour cela. Cette éruption d'ailleurs peut être intérieure; c'est ainsi qu'en 1803, la muqueuse digestive, comme les téguments externes, en était le siége. l'éruption intestinale avait tous les caractères des lésions si bien décrites par Rœderer et Wagler. Toutes les fois qu'une épidémie sévit gravement, elle laisse des traces indélébiles; aussi est-ce à partir de l'épidémie de 1803 que M. Récamier voit se multiplier les éruptions intestinales. Depuis le choléra ne voit-on pas également plus de symptômes algides, de cyanoses? M. Récamier distingue dans les phénomènes de la grippe trois formes principales : dans la première (*forme inflammatoire*), les individus affectés, généralement forts et robustes, ont le pouls dur, résistant, la céphalalgie est vive, la respiration gênée, la base de la poitrine est comme serrée par *une barre*. Dans cette forme, la saignée est d'urgence; M. Récamier l'a fait répéter jusqu'à 4 et 6 fois, et il a vu le sang devenir de plus en plus coagulable à mesure que son évacuation était renouvelée : caractère différent de ce qu'on observe dans les pleurésies et pneumonies, et qui paraît être spécial à la grippe.

Dans la seconde forme (*forme bilieuse*), la bouche est amère, la langue blanche, pâteuse, couverte de mucosités; le pouls n'a ni force ni résistance; la scène se passe dans l'appareil digestif. Les émétiques sont indiqués, et leur effet est immédiat : M. Récamier a vu tous les symptômes disparaître en 24 heures sous l'influence de cette médication. Les purgatifs sont bien moins efficaces, ce qui se comprend, puisque les émétiques, outre l'évacuation qu'ils produisent, provo-

quent encore la diaphorèse, véritable crise de la grippe.

La troisième forme est appelée *nerveuse* par M. Récamier : l'agacement nerveux est extrême, il n'y a pas de sommeil, des douleurs fugaces traversent les membres et le tronc, le pouls est petit, déprimé, la prostration considérable : dans ces cas, la saignée est positivement contre-indiquée ; M. Recamier l'a vue accroître alors l'intensité des péripneumonies. La grippe sous cette forme est fort grave ; les malades *s'éteignent* souvent sans qu'aucun moyen puisse amener une réaction. Ce qui a le mieux réussi à M. Récamier dans ces cas, c'est l'administration des bains.

M. Piorry reconnaît diverses phases à l'épidémie. Il voit la phlegmasie pulmonaire s'étendre de plus en plus en profondeur, et d'abord bornée aux premières divisions bronchiques, envahir enfin les dernières ramifications, dernier terme qu'a atteint l'époque où nous sommes. M. Piorry a tenté sans succès l'émétique à haute dose dans les pneumonies qui ont compliqué la grippe et qu'il a surtout constatées chez les vieillards. Il n'a pas été plus heureux par la pratique des saignées, même répétées coup sur coup. — M. Bouillaud, sans repousser l'idée d'une *cause épidémique spéciale*, trouve dans la constitution atmosphérique une explication suffisante de la grippe et de sa propagation ; il ne nie pas non plus que les affections épidémiques n'impriment, en général, leur physionomie à toutes les maladies intercurrentes : toutefois cette proposition a été exagérée. Il n'a pas encore recueilli assez d'observations pour pouvoir se prononcer sur le caractère particulier qu'on veut donner à la pneumonie qui se déclare dans la grippe, mais il possède déjà quelques faits qui tendent à démontrer que la saignée répétée, pratiquée d'après sa méthode, ne doit pas avoir moins de succès dans cette pneumonie de la grippe que dans la pneumonie la plus franche : M. Bouillaud cite notamment un médecin de soixante-huit ans chez lequel la saignée coup sur coup a fait disparaître très-vite les accidents de la pneumonie la plus grave. M. Bouillaud avoue, du reste, que depuis l'invasion de l'épidémie, il est mort dans son service plus de malades qu'il n'en était mort dans l'espace de huit mois.

Fractures de jambe (*Traitement des*). M. Velpeau présente trois individus affectés de fracture récente à la jambe, et qui marchent avec des béquilles. M. Velpeau leur a appliqué l'appareil inamovible de M. Larrey, modifié par M. Seutin, de Bruxelles. C'est le bandage de Scultet dont les bandelettes sont imprégnées d'amidon. L'appareil présente ainsi assez de solidité pour contenir fermement les fragments, et permettre aux malades de se mouvoir sans danger.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance du 6 février.

Pression de l'air dans la trachée pendant l'émission de la voix. — M. Cagnard-Latour adresse les résultats des expériences qu'il a eu occasion de faire à ce sujet. Ch. L... porte à la trachée-artère un trou de huit à neuf millimètres de diamètre, par suite d'une opération pratiquée le 26 novembre dernier pour prévenir la suffocation. Les parois de cette ouverture sont soutenues par un tuyau d'argent placé à demeure. Quand elles ont cessé d'être douloureuses, M. Cagnard a pu faire les observations manométriques qui devaient lui faire connaître la pression à laquelle est soumis l'air contenu dans la trachée pendant l'acte de la phonation : il a reconnu que cet excès de pression sur la pression atmosphérique, fait équilibre à une colonne d'eau de seize centimètres.

Séance du 21 février.

Moyen de découvrir le pus dans le sang. — M. Mandl rappelle en quelques mots les faits qui se rattachent à l'analyse microscopique du sang ; il examine et discute chacun des procédés qui ont été préconisés en vue de révéler la présence du pus dans le sang, et il démontre que pour la plupart ils sont inapplicables. Il est indispensable, selon lui, d'employer d'autres moyens.

On sait qu'on obtient la fibrine du sang à l'état de pureté en battant ce liquide avec une baguette. Si l'on traite par le même procédé le sang mêlé de pus, on y reconnaît facilement la présence de la plus petite quantité du fluide pathologique. Si le sang pur et chaud provenant de la veine est reçu dans de petites éprouvettes et battu avec une baguette de verre, on voit se former quelques minutes après une membrane élastique enveloppant la baguette. Cette substance jouit des propriétés du caoutchouc ; elle revient subitement sur elle-même quand on lui a fait subir une certaine traction. Elle est rouge, et par le lavage paraît d'un blanc jaunâtre ; pressée entre les doigts, elle cède comme le caoutchouc mouillé. Ce phénomène n'a plus lieu lorsqu'on lui a fait éprouver une certaine dessiccation, ou lorsqu'elle a longtemps séjourné dans l'eau. Cette membrane est continue sans lambeaux ni filamens. S'il existe une petite quantité de pus dans le sang, un soixantième, par exemple, la fibrine obtenue consiste dans une réunion de lambeaux filamenteux non élastiques qui, par le lavage, deviennent tout à fait blancs. *Commissaires* : MM. Dutrochet, Dumas et Breschet.

Électricité animale. — M. le docteur Turck adresse un mémoire sur ce sujet. Cet auteur est porté à penser que tous les actes physiologiques n'ont pas d'autres causes pendant la vie que l'électricité elle-même. Il admet donc un fluide électrique animal dans l'économie. Quoiqu'il reconnaisse que ce fluide n'est au fond que le fluide nerveux, et que les nerfs en sont les principaux conducteurs, ce fluide électrique animal ne se formerait point, suivant lui, dans le cerveau, contrairement à une des opinions le plus universellement et le mieux établies, parmi les physiologistes, quant au fluide nerveux proprement dit ; contrairement aux dernières expériences de M. Matteucci quant au fluide électrique spécial lui-même des torpilles : mais il se produirait, comme cela a lieu dans la sphère matérielle des phénomènes purement chimiques, partout où s'opèrent des actes de composition et de décomposition, c'est-à-dire partout où la nutrition s'effectue, dans les organes sécréteurs divers, dans le poumon surtout, qui exercerait à ce titre une haute influence. Le fluide électrique animal de M. Turck serait retenu et isolé sur les divers points où il se forme par le tissu cellulaire sécré-

teur de la graisse, et serait de là distribué dans toute l'économie par les nerfs, et aussi probablement par les vaisseaux sanguins, selon les présomptions de l'auteur. Contrairement encore à l'opinion généralement accréditée parmi les médecins, ce serait l'électricité positive qui présiderait, suivant lui, aux sécrétions acides, la peau qui émet un fluide acide donnant à l'électrocope de l'électricité négative, etc. Telles sont les principales conclusions de ce Mémoire, telles que les a formulées l'auteur, en attendant les développements qu'il annonce. *Commissaires*, MM. Becquerel, Dumas et Breschet.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

FALLOT. Tumeur iliaque survenue après une fièvre grave ; selles purulentes ; affaissement de la tumeur. — Phthisie tuberculeuse. — Mort. — Cicatrices intestinales multiples. — Endurcissement du tissu cellulaire post-cœcal ; atrophie du psoas correspondant. 35

PHILIPPART. Observation sur un monstre anencéphale. *ib.*

» Note sur l'emploi du baume de copahu dans la bronchite chronique. 37

FLORENT CUNIER. Lettre médicale sur la faculté de Montpellier. — Clinique de M. le professeur Serre. 38

PHRÉNOLOGIE. Réclamation du docteur Bourson au sujet d'un article de M. le docteur Marcq. *ib.*

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ (*M. Bouillaud*). Résumé des cas de rhumatisme articulaire aigu qui se sont présentés depuis le 1er septembre 1835 jusqu'au 1er avril 1836 (Suite). 53

HÔPITAL DE L'ÉCOLE (*M. Rostan*). Quel parti la pratique peut-elle tirer de la reconnaissance des bruits du cœur à l'état physiologique et pathologique. 55

HÔPITAL DES VÉNÉRIENS. Note sur l'emploi du proto-iodure de fer. 57 et 67

HÔPITAL DE L'ÉCOLE (*M. P. Dubois*). Deux avortements traumatiques. Circonstances remarquables. 58

» Étroitesse du bassin. Premier accouchement à l'aide du forceps. Deuxième accouchement à terme sans secours étranger. 59

CULLERIER. Traitement des bubons ulcérés par les préparations ferrugineuses. *ib.*

HÔPITAL DE L'ÉCOLE (*M. P. Dubois*). Grossesse à terme. Anomalie apparente du vagin. Diagnostic douteux. 60

» Premier avortement traumatique. Deuxième grossesse. Pertes intercurrentes. Circonstances remarquables. *ib.*

ÉCOLE PRATIQUE (*Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta*). Phlegmon oculaire. Ophthalmocentèse. 60

HÔPITAL DE LA PITIÉ (*M. Lisfranc*). Des signes à l'aide desquels on peut reconnaître les abcès qui siégent autour de l'articulation du genou. Diagnostic différentiel d'avec les épanchements articulaires. 62

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES (*Service de M. Baudelocque*). Revue clinique du mois de janvier. 63 et 69

HÔPITAL DE LA PITIÉ (*M. Lisfranc*). Morsure à la main par un chien enragé. — Quelques considérations sur la rage. 65

SERRE d'Uzès. Érysipèle du bras et de l'avant-bras ; traitement par les moyens ordinaires ; emploi des onctions mercurielles ; guérison. 66

Preuves irrécusables de la liberté de l'enseignement. 68

HÔTEL-DIEU (*Clinique de Dupuytren*. 1830-1831). Hydrocèles funiculaires chez l'homme. — Hydrocèle testiculaire double. Ponction et injection d'un côté. Guérison des deux. — Hydrocèle testiculaire avec décomposition du cordon spermatique et déplacement antérieur de ce cordon. 72

HÔPITAL DES VÉNÉRIENS (*M. Ricord*). Déviation du chancre dans sa période de réparation. 73

HÔTEL-DIEU (*M. Chomel*). Observations de pneumonie. 75

ANDRAL. Leçon sur la grippe. 76

HÔPITAL DE LA CHARITÉ (*Clinique de Boyer*. 1830-1831). Tumeur hydatique volumineuse à la mamelle d'une femme ; opération d'après un procédé particulier. — Kyste hydropique à la mamelle. 79

PIÉDAGNEL. Note sur l'épidémie régnante, communiquée à l'Académie royale de médecine. *ib.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

MALVANI. Observations et réflexions pratiques sur différentes questions relatives à l'histoire des maladies vénériennes. 71
Épidémie de Londres. 74
SPADINI. Observation remarquable de rupture spontanée de la matrice. 75
PASQUET. Observations relatives à deux cas d'inflammation aiguë de la paume de la main, traités avec succès par les frictions mercurielles à hautes doses. 77
De la grippe de Paris et de son traitement. 79
Nouvelles observations sur la grippe de Paris. 82
NIVET. Mémoire sur le délire, les convulsions et l'épilepsie produits par les préparations de plomb (4e et dernier article). 84
NONAT. Note sur les pneumonies actuellement régnantes, communiquée à la Société de médecine de Paris. 91
LEVY. Emploi de la salicine dans les fièvres intermittentes. 93

LA PRESSE MÉDICALE, ANCIEN JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

DUPLAY. De quelques faits intéressants observés dans la clinique de M. Rostan. — Maladie de la protubérance cérébrale. 41
BÉDOR. Ligature de l'artère carotide primitive pour un cas d'hémorrhagie traumatique. 42
VELPEAU. Recherches sur les différentes sortes d'hydrocèles et sur leur traitement. 48
CAFFE. Note sur un cas d'urine en apparence laiteuse (urine chyleuse), suivie d'une consultation, par MM. Caffe, Orfila et Rayer. 53
Leçon de M. le professeur VELPEAU, sur la morve et le farcin aigu chez l'homme. 56
JEANSELME. Ophthalmologie. Quelques recherches sur la xérophthalmie, faites à la clinique de M. VELPEAU. 60
Nécrologie. M. Desgenettes. 65

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

DEZEIMERIS. Des grossesses extra-utérines. (Suite et fin.) 29

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

CHAUVIN. Histoire d'un enfant né sourd et aveugle. 29
HOURMANN. Cancer de l'utérus. — Vaisseaux lymphatiques, ovariques et tubaires pénétrés de matière encéphaloïde. 30
LIÉGARD. Observation de gangrène spontanée. 38
CHEVALIER. Sur la coloration des poisons. 40
TROUSSEAU et BELLOC (Extrait du mémoire de MM) sur cette question : « Que doit-on entendre par phthisie laryngée? Quelles en sont les altérations organiques? les causes? les espèces? les terminaisons? quel en est le traitement? » 42
FRANÇOIS. Cas remarquable de mortification de l'extrémité abdominale droite. 47

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

TACHERON. Observation remarquable de plaie du cou, avec lésion de la veine jugulaire interne; suivie de réflexions sur les blessures de cette veine. 37
HIRTZ. Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la pleurésie. 40
NÉLATON. Recherches sur l'affection tuberculeuse des os. 48
ZEIS. Ligature de l'artère carotide dans un cas de tumeur érectile chez un enfant de seize mois. 51

ARCHIVES DE LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE.

LÉONCE LENORMAND. Observation d'une affection mercurielle accompagnée de douleurs rhumatismales. 9
KOESERMANN. Observations pratiques sur la fièvre scarlatine. 11
EHRHARDT. Observation de catalepsie guérie par la belladone. 17
ELWERT. Observations pratiques. *ib.*
Congrès homœopathique de Magdebourg. 21

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

BOURIAUD. De la réduction des tours d'exposition des enfants trouvés dans le département de la Vienne. 9

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

SERRE. De l'influence du geste sur la phonation et de son utilité dans le traitement du bégaiement et du bredouillement. 31
Du danger des émissions de sang dans certaines affections nerveuses de la vue. 33
Un mot sur l'administration du copahu. — Accidents graves survenus après deux doses ordinaires de cette substance. 35
BOULLAY. Sur l'emploi du mercure et de la préparation de l'onguent mercuriel. 38

JOURNAL DE PHARMACIE.

SOUBEIRAN. Note sur le chloride d'iode. 21

HENRY. Note sur un calcul vésical de cystine pure (*Oxide cystique*). 23
Acide camphorique anhydre, acide camphovinique, éther camphorique. 24
KLAUER. Sur l'huile animale de Dippel des anciens. 25
CARL STICKEL. Huile volatile de quelques espèces de melaleuca, cultivées dans le jardin botanique d'Iéna. Conclusions sur la couleur verte de l'huile de cajeput. *ib.*
FRANZ JAHN. Manière d'être du chloride de fer avec l'éther. 26
Sur l'acide oxalhydrique de M. GUERIN. *ib.*
RUDOLPH BOTLIGER. Sur quelques pyrophores d'une préparation très-facile. 27
KLAUER. Sur une nouvelle préparation de fer. *ib.*
CAVARRA. Du tannin considéré sous les rapports de sa préparation, de son action sur les tissus devenus inertes et sur les tissus vivants ou malades. 28
Extrait du procès-verbal de la séance de la Société de Pharmacie, du 4 janvier 1837. *ib.*
Rapport sur un procédé proposé par M. Fayard, pour conserver les sucs et infuser des végétaux. 29
POLICE MÉDICALE. Condamnations pour vente illégale de médicaments. *ib.*
Nouveau formulaire des praticiens. 30

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

PELOUZE. Mémoire sur la Glycérine. 23
LAURENT. Sur la Chlorophénise et les Acides Chlorophénisique et Chlorophénèsique. 25
MALAGUTI. Mémoire sur l'Ether mucique et sur la véritable Formule de l'Acide Mucique. 29
LASSAIGNE. Observations sur un composé de Bichlorure de Mercure et d'Iode. 32

JOURNAUX ÉTRANGERS.

THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

KEY. Sur le traitement du ganglion. 29

THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

BLOXAM. Observation d'inversion de l'utérus, prise et traitée pour un polype. 30
M'CABE. Maladie dépendant d'excroissance osseuse dans l'intérieur du crâne. 31
JAMES-JOHNSON. Ulcération du cœcum; abcès de la fosse iliaque droite communiquant avec la cavité de la vessie urinaire; symptômes remarquables. *ib.*
M'CABE. Cas remarquable d'une hernie diaphragmatique congénitale, observée chez une personne adulte. 32
» Observation de tic douloureux dépendant d'une altération organique. 33

THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

HALLAM. Remarques pratiques sur le traitement des fractures des membres inférieurs. 35

THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

OGSTON. Altérations observées chez les noyés. 37
MATEER. De la coagulabilité de l'urine comme signe diagnostic et thérapeutique des hydropisies. *ib.*
WOOD. De la scarlatine qui a régné à Édimbourg dans les institutions de charité, destinées aux garçons et aux filles, pendant l'épidémie de 1835-36. 38
HAMILTON. Du traitement de la scarlatine angineuse. 39
BULLOCK. Observations relatives à l'emploi de l'hydriodate de potasse contre la syphilis secondaire. 40
GUILLIVER. Recherches expérimentales sur le traitement des fractures de la rotule. *ib.*
DEMPSTER. Morsure mortelle d'un serpent venimeux (*Bungarus Lineatus*). 41
Statistique de la production des hernies. *ib.*

THE INDIANA JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Du béribéri dans l'Inde. 43
Les accouchements dans l'Inde. 44

THE SOUTHERN MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

ANTONY D'AUGUSTA. Fracture considérable du crâne avec lésion de la dure-mère et du cerveau; guérison. 45
STROBEL. Fracture du crâne avec enfoncement du pariétal; guérison sans opération du trépan. *ib.*
GRANT. Cas de rétention du placenta dans l'utérus pendant quinze jours après l'accouchement. 46
MILTON ANTONY. Observations de fractures du fémur traitées au moyen du plan incliné et d'un poids attaché au pied. *ib.*

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

ADAMS. Cas de sécrétion menstruelle des trompes de Fallope. 49
DALTON. Traitement de la blennorrhagie aiguë par la compression. 50
Cas remarquable d'un clou resté dans les poumons pendant plus d'une année. *ib.*
Institutions médicales des Etats-Unis. 51

SCHMIDT'S JAHRBUCHER.

FRIEDRICH. L'alun, remède efficace dans la blennorrhagie. 52
WOLF. Emploi de l'huile éthérée de moutarde. *ib.*
SCHÆFER. Emploi du seigle ergoté dans un cas d'hémorrhagie. *ib.*

MULLER ET REITER. Expériences sur l'action hémostatique de la créosote. 53
ALBERS. Anévrysme du canal thoracique. *ib.*
BEHR. Observation remarquable d'une commotion du cerveau, suivie de réflexions sur les abcès du cerveau. *ib.*
MEURER. Forme la plus convenable pour administrer le fer à l'intérieur. 56
MARTENS. De la meilleure manière d'administrer le sublimé sous forme pilulaire. *ib.*

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

PIORRY. Traité de diagnostic et de séméiologie. 21
KERCKHOVE, dit de KIRCKHOFF. Histoire des maladies observées à la grande armée française, pendant les campagnes de Russie en 1812 et d'Allemagne en 1813. 23
DEVERGIE. (ALPH.). Médecine légale, théorique et pratique. 24
WERBER. Histoire du développement de la physiologie et de la médecine. 27
BLOM. Observations comparatives sur les effets thérapeutiques de la salicine, de la pipérine et du sulfate de quinine. 30

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 31
Académie royale des sciences. 33